

UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS – GANHOS COM OS
CUIDADOS DE ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

Dissertação de mestrado

Patrícia Fernandes Ferreira

Porto, 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS – GANHOS COM OS
CUIDADOS DE ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

CONTINUOUS CARE UNITS – ADVANTAGES IN USING
REHABILITATION'S NURSING CARE

Dissertação orientada pela

Prof.^ª Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Co-orientada pela

Prof.^ª Doutora Olga Ribeiro

Patrícia Fernandes Ferreira

Porto, 2017

*“Apenas aqueles que arriscam a ir demasiado longe,
Conseguem descobrir o quão longe se pode ir.”*

T. S. Eliot

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AC – Autocuidado

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DGS – Direção Geral de Saúde

EC CI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Entidade Coordenadora Local

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte dos Cuidados Paliativos

ECR – Entidade Coordenadora Regional

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EUA – Estados Unidos da América

FM – Força Muscular

HE – FFP – Hospital Escola – Fundação Fernando Pessoa

MRC – Medical Research Council

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

RESUMO

O envelhecimento é um fenómeno mais evidenciado nos países desenvolvidos e particularmente relacionado com a melhoria das condições de vida das populações, maior controlo de doenças e mais fácil acesso aos cuidados de saúde. O consequente aumento da esperança média de vida torna-se assim, tema de debate e preocupação nos nossos dias, uma vez que implica a adoção de novas políticas que vão de encontro às necessidades duma população envelhecida.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, integrado numa equipa multidisciplinar, pelas suas competências, tem um papel fundamental para que a pessoa idosa obtenha um desempenho seguro e com o máximo de independência possível, em especial nas atividades de vida diária, intervindo essencialmente na otimização do desempenho para o autocuidado.

O estudo é centrado no paradigma quantitativo, é descritivo, quase-experimental, com o objetivo de conhecer a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do doente idoso.

O instrumento de colheita de dados foi um formulário aplicado pelo investigador, considerando que a avaliação feita aos idosos exigia treino. As variáveis em estudo foram as condições sociodemográficas, a capacidade para a realização do autocuidado, o equilíbrio e a força muscular. Na operacionalização das variáveis recorremos a escalas testadas para a realidade da população portuguesa entre elas, Índice de Barthel, Escala de Tinetti e Escala de Morse.

A amostra incluiu 30 utentes com idades superiores a 65 anos, (15 no grupo controlo e 15 no grupo experimental) internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação do Hospital Escola Fernando Pessoa.

Constatamos através dos resultados obtidos que os doentes sujeitos a cuidados de Enfermagem e Reabilitação tiveram uma recuperação mais acentuada que os doentes do grupo controlo, isto porque existem diferenças significativas nos resultados entre os grupos após os cuidados de reabilitação em relação à capacidade para a realização dos autocuidados, equilíbrio e força muscular. Os resultados obtidos demonstram a necessidade dos cuidados de enfermagem e reabilitação nesta fase do ciclo de vida, onde as pessoas necessitam de manter/melhorar a sua capacidade funcional e motora.

Palavras-chave: Idosos, processo de envelhecimento, resultados do programa de reabilitação.

ABSTRACT

Aging is a more prominent phenomenon in developed countries and is particularly related to improving the living conditions of populations, better disease control and easier access to health care. The consequent increase in the average life expectancy has become a topic of debate and concern in our day, since it implies the adoption of new policies that meet the needs of an aging population.

The nurse specialist in rehabilitation nursing, integrated in a multidisciplinary team, by its competences, has a fundamental role, its competences allow so that the elderly person to obtain a safe performance and with the maximum of independence possible, especially in the activities of daily life, intervening essentially in the optimization of the performance for self-care.

This study is centered on the quantitative paradigm, it is descriptive, quasi-experimental, aiming to know the influence of rehabilitation nursing care in the recovery of the functional independence of the elderly patient.

The data collection instrument was a form applied by the researcher, considering that the evaluation done to the elderly required training. The variables studied were the sociodemographic conditions, the ability to perform self-care, balance and muscle strength. In the operationalization of the variables we resorted to scales tested for the reality of the Portuguese population, namely, Barthel's Index, Tinetti's Scale and Morse's Scale.

The sample included 30 patients aged over 65 years (15 in the control group and 15 in the experimental group) hospitalized in the Medium Duration and Rehabilitation Unit of the Fernando Pessoa School-Hospital.

We found from the results obtained that patients undergoing Nursing and Rehabilitation care had a more pronounced recovery than the patients in the control group, because there were significant differences in the results between the groups after the rehabilitation care in relation to the capacity to perform the self-care, balance and muscle strength. The results demonstrate the need for nursing care and rehabilitation in this phase of the life cycle, where people need to maintain / improve their functional and motor capacity.

Key words: Elderly, aging process, rehabilitation program results.

ÍNDICE

1 - A ASSISTÊNCIA EM UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS.....	14
1.1. - Processo de Envelhecimento	15
1.2. - Envelhecimento demográfico	21
1.3. - Institucionalização.....	23
1.4. - Envelhecimento Ativo	26
1.5. - Envelhecimento e incapacidade funcional.....	29
2 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA NA PESSOA IDOSA	32
2.1 - Um Olhar Sobre a Especificidade Dos Autocuidados	35
3 – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO NUMA UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO.....	39
3.1 - Variáveis em estudo	41
3.3 - Instrumento de Colheita de dados.....	43
3.4 - Amostra.....	46
3.5 - Procedimento do estudo.....	47
3.6 - Considerações Éticas	48
4 – AS DIFERENÇAS DE CUIDADOS NA UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO .	50
4.1 - Caracterização da amostra.....	50
4.2 – Diferenças entre grupos	57
5 – GANHOS COM A INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO	84
CONCLUSÃO.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	105
Anexo I - Autorização do estudo	106
Anexo II – Declaração do consentimento informado livre e esclarecido para participação num projeto de investigação	108

Anexo III – Questionário elaborado para o efeito, com o objetivo de caracterizar e avaliar a amostra	110
---	------------

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA Nº 1: Distribuição da idade pelos grupos em estudo.....	50
TABELA Nº 2: Distribuição do sexo pelos grupos em estudo	51
TABELA Nº 3: Distribuição do estado civil pelos grupos em estudo	52
TABELA Nº 4: Distribuição da proveniência pelos grupos em estudo.....	53
TABELA Nº 5: Distribuição do prestador de cuidados pelos grupos em estudo	53
TABELA Nº 6: Distribuição dos diagnósticos pelos grupos em estudo.....	54
TABELA Nº 7: Distribuição do nível de escolaridade pelos grupos em estudo	55
TABELA Nº 8: Distribuição do tempo de imobilidade pelos grupos em estudo.....	56
TABELA Nº 9: Distribuição da força muscular do membro superior direito antes dos cuidados de reabilitação nos grupos de estudo	57
TABELA Nº 10: Distribuição da força muscular do membro superior esquerdo antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	58
TABELA Nº 11: Distribuição da força muscular do membro inferior direito antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	58
TABELA Nº 12: Distribuição da força muscular do membro inferior esquerdo antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	59
TABELA Nº 13: Distribuição da dependência do autocuidado alimentação antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	60
TABELA Nº 14: Distribuição da dependência do autocuidado vestir antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo.....	61
TABELA Nº 15: Distribuição da dependência do autocuidado higiene pessoal antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	61
TABELA Nº 16: Distribuição da dependência do autocuidado eliminação intestinal antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	62
TABELA Nº 17: Distribuição da dependência do autocuidado eliminação vesical antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	63
TABELA Nº 18: Distribuição da dependência do autocuidado uso do sanitário antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	63
TABELA Nº 19: Distribuição da dependência do autocuidado transferência cadeira-cama antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	64
TABELA Nº 20: Distribuição da dependência do autocuidado andar antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	65

TABELA Nº 21: Distribuição da dependência do autocuidado subir/descer escadas antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	66
TABELA Nº 22: Distribuição da avaliação do equilíbrio sentado antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	67
TABELA Nº 23: Distribuição da avaliação da marcha antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	68
TABELA Nº 24: Distribuição do risco de quedas antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	69
TABELA Nº 25: Distribuição da força muscular do membro superior direito nos grupos em estudo após os cuidados de reabilitação.....	70
TABELA Nº 26: Distribuição da força muscular do membro superior esquerdo nos grupos em estudo após os cuidados de reabilitação.....	70
TABELA Nº 27: Distribuição da força muscular do membro inferior direito nos grupos em estudo após os cuidados de reabilitação.....	71
TABELA Nº 28: Distribuição da força muscular do membro inferior esquerdo nos grupos em estudo após os cuidados de reabilitação.....	72
TABELA Nº 29: Distribuição do autocuidado alimentar-se depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	72
TABELA Nº 30: Distribuição do autocuidado banho depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	73
TABELA Nº 31: Distribuição do autocuidado vestir-se depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	74
TABELA Nº32: Distribuição do autocuidado higiene pessoal depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	74
TABELA Nº 33: Distribuição do autocuidado eliminação intestinal depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	75
TABELA Nº 34: Distribuição do autocuidado eliminação vesical depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	76
TABELA Nº 35: Distribuição do autocuidado uso do sanitário depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	76
TABELA Nº 36: Distribuição do autocuidado transferência cadeira-cama e vice-versa depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	77
TABELA Nº 37: Distribuição do autocuidado andar depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	78

TABELA Nº 38: Distribuição do autocuidado subir/descer escadas depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo.....	79
TABELA Nº 39: Distribuição do equilíbrio sentado depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	80
TABELA Nº 40: Distribuição da avaliação da marcha depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	81
TABELA Nº 41: Distribuição do risco de queda depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo	82

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 : Alterações fisiológicas.....	17
FIGURA 2 : Desenho do estudo	40
FIGURA 3 : Variáveis do estudo.....	42

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros de reabilitação são os profissionais da área da saúde que têm como objetivo contribuir para a independência e autonomia das pessoas ao longo do ciclo vital e têm como foco particular as pessoas com dependência física ou deficiência, pelo que têm competências para assegurar uma intervenção ajustada aos idosos.

Recordamos que há um aumento da esperança média de vida, e consequentemente um aumento de doentes idosos, o número de indivíduos com imobilidade instalada, tem aumentado e vai continuar a aumentar, o que exige uma maior atenção para a sua prevenção, tratamento e reabilitação eficazes. Segundo Pinto (2006, p.74) é crucial estarmos atentos e intervirmos atempadamente “caso contrário continuaremos a ser meros espectadores do processo de envelhecimento, sem conseguirmos perceber o que distingue, ou dita, ao longo da vida sucessos diferentes no envelhecimento”.

A nossa experiência como Enfermeiros numa Unidade de Cuidados Continuados despertou o interesse para estudos, que visem a intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação e os seus contributos para ganhos na independência funcional.

A bibliografia atual tem salientado que a reabilitação é a área de cuidados ao doente que se centra em ajuda-lo a atingir a máxima independência e uma qualidade de vida aceitável em termos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e profissionais. A reabilitação não está orientada para a cura, mas para tornar possível que os doentes vivam de forma mais plena, incluindo a independência para a execução das AVD's.

O nosso trabalho na unidade reveste-se de características comuns ao trabalho desenvolvido em serviços de medicina ou mesmo ortopedia, contudo trata-se de um serviço onde à partida, as pessoas vão para melhorarem a sua capacidade funcional, uma vez que no hospital de agudos de proveniência não atingiram a independência e autonomia desejadas para regressarem ao domicílio. Nestas unidades são submetidas a uma intervenção intensiva com o intuito de se reabilitarem durante um período máximo de 30 dias.

A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos

processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de reabilitação pode constituir uma mais-valia.

Face à problemática das pessoas idosas, dependentes maioritariamente devido a múltiplas patologias e após vivenciarem um processo de internamento em unidades hospitalares, coloco-me mediante o seguinte problema: o que posso fazer para melhorar a qualidade de vida destes idosos?

Depois de um processo de reflexão individualizada, e perante a realidade da falta de enfermeiros de reabilitação nas unidades, foi realizada uma intervenção ajustada às necessidades dos idosos internados com o objetivo de avaliar os ganhos obtidos através da intervenção dos enfermeiros de reabilitação. Esta avaliação foi realizada com a comparação de resultados entre grupo experimental e grupo de controlo, tendo sido iniciada pela pergunta de partida:

Será que os cuidados de enfermagem de reabilitação contribuem para melhorar a independência dos idosos internados?

A pergunta de partida origina uma revisão bibliográfica a partir das palavras-chave e por isso esta dissertação tem como objetivo descrever de forma clara o meu processo de aprendizagem na organização de uma investigação, bem como acrescentar dados quantitativos sobre os contributos dos enfermeiros de reabilitação num grupo de idosos.

Esta investigação foi organizada e dividida em cinco capítulos. Os dois primeiros capítulos são a revisão bibliográfica que contribuiu para aprofundar o problema e organizar o trabalho de campo. O terceiro capítulo é relativo à preparação do trabalho de campo, seguindo-se o quarto capítulo onde são apresentados os dados e por fim o quinto capítulo que apresenta a discussão dos resultados.

Acredito que todo o conteúdo presente nesta dissertação fica aquém da minha aprendizagem, sendo impossível demonstrar por palavras todas as experiencias vivenciadas com os participantes deste estudo.

1 - A ASSISTÊNCIA EM UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS

As unidades de cuidados continuados surgiram devido às alterações demográficas que vivenciamos. O aumento da população idosa, assim como a ausência da mulher no domicílio, cuidadora tradicional, levaram à necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência. Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo, são os desafios no momento, a nível global. (UMCCI,2009)

Perante o facto da população de maior incidência nas unidades de cuidados continuados serem idosos, organizamos este capítulo para melhorar a compreensão sobre a problemática assistencial nestas unidades.

Estas unidades são constituídas por equipas multidisciplinares (médico, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta da fala, animador sociocultural, nutricionista, terapeuta ocupacional e pessoal auxiliar) em que o foco de trabalho é maioritariamente a pessoa idosa. Como tal, mais do que o processo de envelhecimento que iremos descrever posteriormente, será explorado o papel dos enfermeiros especialistas em reabilitação como interveniente chave no processo de reabilitação do idoso.

Este trabalho de investigação desenvolve-se numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI engloba várias unidades/instituições de diferentes tipologias que recebem pessoas em situação de dependência, nomeadamente idosos. No caso das UMDR, estas visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias. A alta é preparada desde o início do internamento e muitas vezes devido a várias condições, esta preparação passa pela inscrição em lares.

1.1. Processo de Envelhecimento

O envelhecimento da população é hoje um fenómeno universal característico, tanto dos países centrais como, de modo crescente, nos países de terceiro mundo. Este pode ser definido como *“fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a relação com o tempo, o relacionamento com o mundo e com a sua própria história”* (Teixeira, 2006 p.1).

A Direção Geral da Saúde (2004 a p.3) define envelhecimento humano como *“o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”*. Não é considerado um problema, mas sim como uma parte natural do ciclo de vida, influenciado por determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, mas simultaneamente relacionado com fatores externos, comportamentais e sociais.

Há autores que subdividem a definição de envelhecimento em quatro dimensões: envelhecimento universal (fenómeno que ocorre a todos os indivíduos de uma espécie, em diferentes graus), envelhecimento intrínseco (remete para o facto da origem do envelhecimento ter causas endógenas), envelhecimento progressivo (progressivamente as alterações ocorrem ao longo do ciclo de vida) e envelhecimento de deterioração (este fenómeno é descrito quando a pessoa o considera como um processo nefasto) (Viña et al., 2007).

Por outro lado, a diferenciação entre envelhecimento normal/biológico (primário), relacionado com a longevidade máxima e o envelhecimento patológico (secundário) relacionado com as diferenças inter-individuais, é importante pelas implicações clínicas, sociais e económicas que tem na velhice (Sousa,2014).

Este momento da vida do idoso pode assim ser considerado como um fator de isolamento e depressão, uma vez que o seu tempo de vida ainda é longo e com o envelhecimento ocorre um declínio evidente da condição física, social e psicológica.

Segundo Cardoso (2002) este declínio pode ser classificado de duas formas: senescência que é um fenómeno considerado como envelhecimento saudável, relacionado com a idade cronológica onde o declínio físico e mental ocorre

paulatinamente e senilidade, onde neste processo ocorre uma desorganização mental, à qual se associa o declínio físico e que acontece independentemente da idade, podendo ser prematura, onde se verifica uma perda no funcionamento físico e cognitivo, com alterações na coordenação motora significativas.

Atendendo aos múltiplos processos de declínio associados ao envelhecimento, estes definem-se como: Envelhecimento primário, secundário e terciário.

O envelhecimento primário, ou senescência, é aquele que atinge todos os seres humanos de forma progressiva, estando sujeitos às influências do meio que os rodeia e que influenciam o seu envelhecimento nomeadamente a dieta, exercícios, educação, é geneticamente programado, encontrando-se presente em todos os seres, sendo portanto universal (Netto, 2002).

O envelhecimento secundário, ou senilidade, diz respeito a um envelhecimento resultante da interação entre o envelhecimento normal e a existência de doenças e determinados fatores ambientais que poderão acelerar o processo básico do envelhecimento, tendo como característica o facto de decorrer de fatores culturais, cronológicos e geográficos (Netto, 2002).

O envelhecimento terciário, ou terminal diz respeito às alterações físicas e cognitivas provocadas pelo decorrer do envelhecimento (Birren & Schroots, 1996)

O processo de envelhecimento é tipicamente acompanhado por mudanças estruturais e funcionais que alteram o relacionamento das pessoas idosas com o ambiente. A deterioração dos mecanismos fisiológicos faz com que os idosos respondam mais lentamente e de uma forma menos eficaz às alterações ambientais (Farinatti, 2002).

Além disso, as adaptações que permeiam essas reduções envolvem processos motores e sensoriais, que influenciam a estabilidade do indivíduo e aumentam a probabilidade de quedas e lesões acidentais (Enoka, 2000). Alterações na composição corporal, nos parâmetros fisiológicos e neurofisiológicos, nos sistemas sensoriais, no sistema neuromuscular e na velocidade de processamento de informação no SNC são algumas das alterações decorrentes do envelhecimento (Spirduso, 1995). Todas elas, algumas em maior e outras em menor proporção, podem levar os idosos a apresentar problemas na manutenção do equilíbrio e na orientação corporal desejada (Freitas, 2003).

O envelhecimento provoca no ser humano alterações fisiológicas, naturais desta fase do ciclo de vida. As alterações fisiológicas provocadas pelo envelhecimento são: alterações músculo-esqueléticas, alterações do equilíbrio, alterações da marcha e alterações na composição corporal. Estas alterações variam de pessoa para pessoa, sendo importante referir que as alterações fisiológicas e motoras variam de acordo com fatores intrínsecos e extrínsecos, em que a genética é um fator intrínseco, enquanto que o meio físico e social são fatores extrínsecos (Mota Pinto & Botelho, 2007).

Figura 1 - Alterações fisiológicas

Componentes	Alterações Fisiológicas	Autores
Células	O número de células diminui significativamente existindo um conjunto de mecanismos compensatórios (hipertrofia e hiperplasia)	Mota Pinto & Botelho (2007)
Tecidos	Ficam mais frágeis com uma capacidade de regeneração diminuída	Mota Pinto & Botelho (2007)
Pele	Diminui de espessura, em como a camada lipídica o que leva ao aparecimento de rugas	Mota Pinto & Botelho (2007)
Sistema cardiovascular	Diminuição da distensibilidade arterial, diminuição do aporte circulatório a vários órgãos, uma diminuição da capacidade do coração em aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos	Mota Pinto & Botelho (2007)
Sistema respiratório	Diminuição da vascularidade e elasticidade pulmonar, diminuição da ventilação pulmonar, uma diminuição da elasticidade alveolar levando assim como a redução do consumo máximo de oxigénio	Mota Pinto & Botelho (2007)
Sistema Urinário	Declínio funcional o que leva a uma diminuição da taxa de filtração glomerular e que por consequência leva a uma capacidade de excreção dos fármacos deficiente	Mota Pinto & Botelho (2007)
Sistema endócrino	A pessoa idosa pode desenvolver resistência à insulina, desenvolvendo Diabetes Mellitus tipo II	Mota Pinto & Botelho (2007)
Sistema nervoso	Atrofia cerebral que pode conduzir a perda da memória de curta duração, em como diminuição do tempo de reação	Mota Pinto & Botelho (2007)

Sistema músculo-esquelético	Diminuição acentuada do número, do comprimento e da elasticidade de fibras. Os ossos tornam-se cada vez mais frágeis, porosos e quebradiços, a nível articular poderá existir um deficiente aporte circulatório e um espessamento do líquido sinovial	De Vitta (2000)
Sistema estrutural	Vertebras, discos intervertebrais e alterações posturais da anca, joelhos e coluna	Mota Pinto & Botelho (2007)

Este quadro demonstra as diversas alterações fisiológicas nos diferentes sistemas do corpo humano no processo de envelhecimento. Face ao processo de envelhecimento fisiológico existem outros fatores que podem acentuar a condição de cada idoso.

As alterações na massa muscular, massa gorda e massa óssea estão estreitamente relacionadas, sendo afetadas pela situação que o idoso apresenta quanto à prática de atividade física (Hughes, Frontera, Roubenoff & Evans, 2002). O tecido muscular é o que sofre maiores perdas, pois decorrem de uma redução nos níveis de hormona do crescimento e da atividade física, que contribuem com 40% de perdas, aproximadamente, no tecido muscular (Matsudo & Barros, 2000).

Os idosos que não fazem exercício físico apresentam maior percentagem de gordura e menor teor de massa muscular, quando comparados aos idosos com prática regular de exercício físico (Kyle, Genton, Slosman & Pichard, (2001).

O sedentarismo, a diminuição da atividade física habitual e o decréscimo de gastos de energia em repouso dão origem ao acumular de gordura. Nesta linha, os programas de treino da força muscular, adquirem importância prevenindo a perda de massa muscular e incrementando performance ao desempenho das atividades de vida diária, já que o exercício melhora a função muscular, diminui a frequência de possíveis quedas e contribui para uma melhor qualidade de vida dos idosos (Rossi & Sader, 2002).

Sendo assim, a atividade física, através da implementação de programas de reabilitação, torna-se crucial para os idosos obterem ganhos em saúde. Neste sentido o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel preponderante na melhoria da qualidade de vida dos idosos pois das suas competências fazem parte a assistência nos vários níveis de complexidade, utilizando métodos e terapêuticas específicos. O enfermeiro especialista de reabilitação avalia a

condição de saúde do paciente e ajuda a determinar metas a curto, médio e longo prazo. Este profissional avalia clinicamente, intervém e acompanha os resultados de pacientes com deficiências físicas e incapacidades, através da aplicação de medidas específicas para a promoção da independência e do uso de equipamentos e adaptações necessárias à comunicação, locomoção, alimentação, vestuário e higiene pessoal direcionados à reabilitação holística do paciente. (Delisa J., Bruce M.,1993)

As alterações do equilíbrio são consequência do envelhecimento. O equilíbrio é um processo muito complexo que depende de vários fatores entre eles: visão, sistema vestibular e sistema nervoso central. É classificado em equilíbrio estático (capacidade de manter posição) ou dinâmico (habilidade para efetuar a transição ou movimentação, entre posições). Estas alterações na população idosa são comuns e levam a importantes limitações na realização das atividades de vida diária, sendo uma das principais causas de quedas. É importante treinar o equilíbrio através de exercícios como por exemplo: exercícios com espelho quadriculado, exercícios com bola suíça, exercícios em pé, etc. Este tipo de exercícios são desenvolvidos pelos enfermeiro especialista de reabilitação, fazendo parte das suas competências realizar um plano de exercícios adequados aos défices de cada idoso. A prevenção de quedas é um foco de bastante interesse, isto porque as quedas na população idosa provocam sequelas que prejudicam o desempenho dos mesmos nas atividades de vida diária. (Maciel & Guerra, 2005)

As alterações na marcha ocorrem devido a mudanças, tais como encurtamento e diminuição da altura do passo, alargamento da base de suporte, diminuição da velocidade da marcha e da extensão do joelho e quadril, além do aumento da fase de apoio e do tempo de duplo suporte. Sendo assim, os idosos desenvolvem uma marcha com maior gasto energético, desencadeando um declínio das atividades desempenhadas e consequentemente, uma diminuição da força muscular, contribuindo para a deterioração da função motora (Faria et al,2003). Os treinos de marcha são fundamentais para manter a funcionalidade do idoso. Estes treinos dependem da capacidade do idoso. Existem diferentes tipos de auxiliares de marcha (canadianas, andarilhos, tripé, etc.) que se revelam meios facilitadores para a execução dos treinos de marcha, e consequente aumento da funcionalidade do idoso.

As alterações na composição corporal verificam-se no processo de envelhecimento e evidenciam-se essencialmente, pelas porções de gordura corporal e tecido corporal

magro. Verificadas alterações na composição corporal irão existir alterações ao nível do Índice de Massa Corporal (IMC). Um elevado IMC revela excesso de gordura e tem grandes repercussões no estado de saúde do idoso, porque reflete as modificações ocorridas ao longo da vida, não só por estar associado a determinadas doenças, mas também porque estão na base da diminuição da sua capacidade funcional, uma vez que condiciona o seu grau de dependência e estado de saúde (Mota Pinto & Botelho, 2007).

A perda de massa muscular provocada pelo envelhecimento está diretamente ligada ao aparecimento de um declínio funcional nos idosos, limitando-os, aumentando o risco de mortalidade e morbilidade (Adunsky et al, 2012).

A aptidão física é mais frequentemente associada a idades jovens, no entanto, é de extrema importância nas idades mais avançadas e relaciona-se com um conjunto de componentes nomeadamente a força muscular, a resistência aeróbia, a flexibilidade, a agilidade/ equilíbrio e a composição corporal que são fulcrais para o desenvolvimento das diversas atividades de vida diária (Mota Pinto & Botelho, 2007).

Aptidão física diz respeito ao conceito de funcionalidade, por consequência, à autonomia e independência da pessoa idosa. A aptidão física *“é um estado dinâmico de energia e vitalidade que permita a cada um, não apenas realizar as tarefas do quotidiano e as ocupações ativas das horas de lazer, e enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva, mas, também evitar o aparecimento das funções hipocinéticas, funcionando no pico da capacidade intelectual sentindo uma alegria de viver”* Guedes (1996, p.52).

Para alguns autores a aptidão física compreende os seguintes componentes: capacidade aeróbia, flexibilidade, coordenação, força e agilidade/equilíbrio dinâmico (Rosa, 2006), outros consideram que os parâmetros importantes para a mobilidade funcional são a força muscular (membros inferiores e superiores), agilidade/equilíbrio dinâmico, resistência aeróbia, flexibilidade (membros inferiores e superiores) e composição corporal (Rikli & Jones, 2008).

Quando estes parâmetros não são trabalhados, podem originar profundas alterações no desempenho físico, nas habilidades motoras, na capacidade de concentração, de reação e coordenação gerando modificações sócio afetivas, tais como auto desvalorização, apatia, insegurança, perda de motivação, isolamento social e solidão.

Em síntese o passar dos anos provoca nas pessoas alterações particulares que se identificam por envelhecimento, contudo cada pessoa tem uma demonstração única deste processo.

1.2. Envelhecimento demográfico

Se o processo de envelhecimento é individual, há um envelhecimento que tem a ver com a sociedade e que tem vindo a ser referenciado como demográfico.

O envelhecimento demográfico, mais evidenciado nos países desenvolvidos e particularmente relacionado com a melhoria das condições de vida das populações, maior controlo de doenças e mais fácil acesso aos cuidados de saúde, tem como consequência o aumento da esperança média de vida, sendo por isso tema de debate e preocupação nos nossos dias, uma vez que implica a adoção de novas políticas que vão de encontro às necessidades duma população envelhecida (Macedo, 2013).

Outros fatores tem denominado as tendências recentes, entre os quais a redução da fecundidade portuguesa, que é a terceira menor da União Europeia, 40% inferior ao necessário para garantir a reposição da população. Também o de adiar a maternidade tem contribuído para este fenómeno, ou seja, atualmente a idade média das mulheres por ocasião do primeiro filho é cerca de 29 anos, o que revela um aumento de cinco anos no último quarto de século (Macedo, 2013).

A queda abrupta da natalidade é provocada pelo avanço da medicina, melhoria das condições de vida, maiores habilitações literárias da mulher, emancipação da mulher, maior participação da mulher na vida ativa, casamentos tardios, aumento dos divórcios, redução da fecundidade, razões económicas, escolaridade obrigatória e religião. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa são fatores que condicionam uma diminuição de nascimentos (Dinis, 1997).

Nos 53 países da Europa, a esperança média de vida à nascença é de 72 anos para os homens e de 80 para as mulheres, prevendo-se que a proporção de pessoas com 65 anos, ou mais, aumente para quase o dobro entre 2010 e 2050 e que nenhum grupo etário cresça mais rápido que o das pessoas com 80 anos ou mais (WHO,2012).

Os fatores responsáveis pelo envelhecimento são discutidos e o processo conhecido por transição demográfica tem sido abordado. As repercussões para a sociedade do progressivo envelhecimento da população são consideradas, particularmente no que diz respeito à saúde. Como referido anteriormente, a mudança do papel da mulher no mundo contemporâneo, o período de vida mais longo e as suas consequências, entre outros tópicos, fazem parte de uma discussão específica relativa ao aumento da população idosa. O envelhecimento da população é um facto preocupante do mundo. Em Portugal verifica-se a mesma situação. O envelhecimento da população tem algumas consequências, entre elas: aumento das despesas com a saúde, a produtividade diminui, o espírito crítico e de iniciativa tão característicos dos jovens também diminui, aumento das despesas com a segurança social, pagamento de reformas, reduzido número da população ativa e novos gastos com a assistência.

Perante esta realidade devemos considerar o envelhecimento como um desafio e uma oportunidade, no sentido de desenvolver estratégias capazes de dar resposta às necessidades que emergem. Isto é, viver saudável e com autonomia, durante o maior período de tempo possível, constitui assim, um desafio atual da nossa sociedade. Pelo exposto, as pessoas idosas tendem a ter uma maior representatividade demográfica a nível mundial. Tal observa-se nos países do sul da Europa onde os maiores rácios de dependência das pessoas idosas são os portugueses (Fonseca, 2014).

Este fenómeno ocupa um lugar de relevo na sociedade, pelos desafios que coloca em termos de planos de ação ajustados às novas exigências de uma população envelhecida. Concomitantemente está associada à pessoa idosa uma perceção social negativa e de incapacidade, acrescida ao facto de existir uma prevalência elevada de doença crónica, onde predomina a multimorbilidade, que conduz ao aumento dos custos, a uma maior procura de recursos sociais e de serviços de saúde (Lopes et al., 2013).

Em suma, o processo de envelhecimento traduz-se num processo de transição diferenciado e diferenciador sendo reconhecido como uma etapa de ganhos e perdas, de crescimento e de declínio para a pessoa idosa, variável entre as pessoas,

condicionado pela experiência de vida particular e única das mesmas e regulado pelo próprio ritmo biológico (Ribeiro & Paúl, 2011; Sousa, 2014)

1.3. Institucionalização

A institucionalização surge como um substituto da rede informal essencialmente quando a mesma deixa de existir e quando o idoso exige cuidados gerontológicos especializados que apenas podem ser prestados por técnicos especializados (Pereira, 2012).

Com o aumento da proporção de idosos em relação à população jovem, torna-se importante refletir sobre a vida quando inseridos numa sociedade moderna e envelhecida, sendo ideal para o idoso estar inserido na comunidade e família, viver a sua vida com o máximo de qualidade possível, ter condições de cidadania plena e dispor de apoio institucional, adequado quando necessário; contudo, a realidade é que a institucionalização é uma necessidade incontornável (Pereira, 2012).

O aumento da esperança média de vida vai-se traduzindo num aumento da população idosa. Esta realidade repercute-se na existência de pessoas cada vez mais idosas com doenças crónicas que se podem manifestar isoladamente ou associadas, estando condicionadas pelas suas co-morbilidades e, consequentemente, precisam de uma de cuidados, realizados por profissionais que tenham sempre presente uma visão holística das pessoas.

O aparecimento de novas doenças e de novas formas de diagnóstico, a par da evolução tecnológica, determinam cuidados mais adequados às situações de desequilíbrio e consequentemente mais sucesso de tratamento e reabilitação da saúde e qualidade de vida das pessoas. A partir de diagnósticos bem definidos é possível delinear intervenções de enfermagem com base nas necessidades reais encontradas, a partir de abordagens dirigidas às pessoas e comunidades para a promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo presente que o comportamento de cada pessoa é moldado pela sua interação dinâmica com o ambiente social, incluindo as relações

interpessoais, organizacionais, socioeconómicas, as influências políticas e culturais (Konkiewitz, 2013).

A velhice, numa fase mais avançada representa claramente uma fonte de preocupações, já que os mais velhos não reúnem todas as condições necessárias para que possam viver sozinhos no seu próprio lar, o que leva a um comprometimento da satisfação das atividades de vida diária, expondo a pessoa a uma situação de dependência física e mental necessitando assim, de alguém que auxilie na satisfação dessas mesmas necessidades (Perlini, Leite & Furini, 2007).

Devido a todas estas alterações próprias do envelhecimento, agravadas por diversas patologias, as pessoas idosas necessitam de cuidados específicos que nem sempre podem ser prestados no seu domicílio, o que leva à sua institucionalização em lares ou instituições hospitalares, considerados um mal necessário para dar resposta aos problemas com que a população envelhecida se depara. As famílias não apresentam condições para acolher o seu familiar idoso doente e com limitações a diversos níveis. Na verdade, a estrutura familiar sofreu modificações significativas ao longo dos tempos, a mulher deixou o seu papel de cuidadora de casa entrando no mercado do trabalho, apresentando assim, menos tempo para cuidar do seu familiar idoso doente e em muitos casos em fim de vida (Zimerman, 2000).

Quando as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam, a par da diminuição das capacidades do meio, torna-se necessário colocar a hipótese de institucionalização (Berger & Mailloux-Poirier, 1995) e para que esse processo de mudança se desenvolvam, com o menor número de traumas significativos e seja possível atender aos objetivos de autonomia e satisfação pessoal, é necessário ter também boas estruturas de apoio institucional (Goyaz, 2003).

Netto (1996) refere que a decisão de ingresso numa instituição deve ser tomada depois de examinadas as alternativas possíveis, procurando soluções no seio familiar, nos vizinhos e na utilização de recursos comunitários. O mesmo autor defende que mesmo estando o idoso institucionalizado, para a sua vida o ambiente familiar é crucial, uma vez que o contacto com a família permite que os idosos se mantenham próximos do seu meio natural de vida (a própria família). E que o seu contacto permanente com a família preserva o seu autoconhecimento, valores e critérios.

Estas instituições devem promover ao idoso uma participação ativa na vida quotidiana da mesma, evitando assim a monotonia. Não basta mantê-lo limpo, alimentado adequadamente com todos os nutrientes, promover o seu repouso e eliminação se não for visto como um todo, ou seja, numa abordagem holística, como afirma Netto (1996).

Os idosos devem ter a oportunidade de vivenciar cada dia marcado por atividades estimulantes, o amanhecer diferente do anoitecer, uma semana distinta da outra. O suceder das estações deve ser lembrado com frutas da ocasião, flores, eventos, datas festivas, os dias que se tornam mais longos, as mudanças de temperatura. Com o intuito de evitar a passividade, as constantes queixas, ou mesmo o parar no tempo e um olhar vazio no espaço (Netto, 1996)

Reforçando a ideia de Netto 1996 considero de extrema importância a colaboração de cada elemento da equipa multidisciplinar visando o bem-estar dos idosos. Cada elemento tem um papel fundamental na recuperação dos idosos, na promoção de uma vida ativa e prevenção das alterações frequentes nesta fase do ciclo da vida.

Apesar de a institucionalização ser ainda considerada por muitos um momento angustiante, para alguns idosos esta é uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade e segurança (Pimentel, 2005). O mesmo autor refere ainda que a partilha e a convivência forçada, com alguém que não fazia parte das redes próximas ao idoso, podem repercutir-se negativamente no processo de adaptação do idoso à instituição daí a importância das relações exteriores que deverão manter-se.

Quando institucionalizado, o idoso apresenta fragilidades que o tornaram dependente de terceiros para satisfazer as suas necessidades humanas básicas bem como as suas atividades de vida diárias, podendo relacionar-se com fatores físicos, psíquicos ou mesmo contextuais (Simkin, 2002)

A institucionalização vem acompanhada com a despersonalização do idoso, existe uma quebra nas relações familiares e sociais anteriormente conhecidas, no entanto, pode também contribuir para o incremento da autoestima bem como novas interações e desempenho de novos papéis sociais (Fernandes, 2002).

As alterações quer a nível de espaço, rotinas e relações, obrigam o idoso, muitas vezes já debilitado, a fazer uso da sua capacidade de resiliência, com vista a uma boa adaptação à sua nova condição, o que nem sempre ocorre, sendo claro que a

incapacidade e o nível de dependência inerentes à institucionalização levam a uma menor qualidade de vida (Lobo,2012). Neste campo os EEER têm uma grande influência na promoção da adaptação dos idosos as diferentes instituições. Estes são dotados de características e competências que diminuem a dificuldade na adaptação dos idosos às instituições. Na unidade em questão as entradas, acolhimentos e conferências familiares são realizadas na presença do EEER.

Neste sentido e tendo em conta o exposto, verifica-se a necessidade cada vez mais de se realizarem estudos que promovam a reabilitação da população mais idosa com o objetivo de prevenir a institucionalização, o declínio funcional, melhorando assim a qualidade de vida nesta fase do desenvolvimento do ser humano.

1.4. Envelhecimento Ativo

O conceito de idoso tem vindo a ser amplamente debatido ao longo dos anos. O critério cronológico é o mais utilizado e surgiu aliado às questões da atribuição da reforma (Henriques, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) categoriza a pessoa idosa a partir dos 60 a 65 anos e a pessoa muito idosa após os 80 anos de idade. Em Portugal, o INE considera idosa a pessoa com 65 anos ou mais.

Vários autores discutiram o conceito com maior profundidade e estabelecem nomenclaturas, que ultrapassam o domínio da idade. Serrão (2006) propõe o termo “Séniores” para os homens e as mulheres com mais de 65 anos, desligados de atividades profissionais formais, que mantêm as suas capacidades, são independentes, saudáveis e ativos.

Fonseca (2004) perspetiva os conceitos de idade biológica, psicológica e social, tendo por base a influência que os respetivos contextos exercem.

Por sua vez Fernández-Ballesteros (2000) propôs a noção de idade funcional, tendo em conta que “algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de

natureza física e biológica); outras estabilizam (personalidade); e as outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria)” (Carneiro,2012).

Mais do que considerar uma ou outra definição como a mais correta, importa salientar a natureza dinâmica do conceito idoso e do envelhecimento a que todos se referem.

Atualmente pensa-se no envelhecimento ao longo da vida numa perspectiva mais promotora da saúde, da autonomia e no âmbito preventivo. Há necessidade de nos debruçar-nos sobre aspetos mais inovadores e problemáticos do envelhecimento e das alterações demográficas, onde estão incluídos tópicos como a manutenção da saúde, o prolongamento da vida ativa, as implicações das pessoas se tornarem cada vez mais responsáveis pelas suas vidas, bem como a aprendizagem para uma vida longa, isto porque se prevê que a prestação de apoio pessoal às pessoas idosas diminuirá devido à proporção decrescente da jovens na população, pelo que no futuro, cada vez mais os próprios terão que assumir a responsabilidade pela sua autonomia (CESE, 2012).

Deste modo novas questões são colocadas para as políticas de saúde e sociais que permitam às pessoas idosas continuarem a viver nas suas casas, com a melhor qualidade de vida, de forma saudável e autónoma pelo maior tempo possível.

A Organização Mundial de Saúde define Envelhecimento Ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. (OMS,2002) O envelhecimento ativo não pode ser apenas um conceito teórico, mas deve ser operacionalizado, de forma a permitir que as pessoas idosas contribuam com o seu conhecimento para benefício da sociedade.

Desta forma, este conceito alicerça-se sobre três pilares designados por determinantes do Envelhecimento Ativo. Esses pilares são a Saúde, Participação e Segurança. No que respeita a saúde, este tem como objetivo manter fatores de risco baixos e os fatores de proteção elevados, permitindo uma maior qualidade e quantidade de vida. Quanto à participação, tem como propósito o apoio à participação integral em atividades socioeconómicas, culturais e espirituais, permitindo aos Idosos contribuírem para a sociedade. A segurança, requer a intervenção política na segurança social, física e financeira, assegurando assim a proteção, dignidade e assistência quando os Idosos já não o podem fazer (OMS, 2002).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas publicado em 2004 apresenta como finalidade “contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a atuação sobre os determinantes da perda da autonomia e independência” (Direção Geral da Saúde, 2004, p. 14). Este programa estabelece três estratégias de intervenção, nomeadamente: adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas, promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores e promover um envelhecimento ativo. Mas no que se refere especificamente a estratégias de intervenção na área do envelhecimento ativo, são feitas recomendações no sentido de informar e formar as pessoas idosas acerca dos seguintes aspetos: prática da atividade física, estimulação das funções cognitivas, gestão do ritmo sono-vigília, nutrição, hidratação e eliminação e ainda manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase da reforma (Direção Geral da Saúde, 2004).

No que se refere ao envelhecimento ativo os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação poderão ajudar a pessoa idosa a alcançar o máximo potencial em saúde, nomeadamente através da conceção e desenvolvimento de planos e programas que maximizem as capacidades funcionais da pessoa por forma a potenciar assim o seu rendimento bem como o seu desenvolvimento pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro de reabilitação é possuidor de conhecimentos e competências dirigidos à promoção de um envelhecimento ativo. Estes definem planos que são gerados em função das necessidades dos idosos, e visam estimular os idosos para a aquisição de um estilo de vida equilibrado e ativo.

O exercício é um componente fundamental na terapia ou reabilitação de muitas doenças, mas este é ainda muito mais importante na prevenção dessas mesmas doenças (Barata et al, 1997). Sendo assim considero que o enfermeiro especialista em reabilitação com a sua capacidade de avaliação das necessidades de cada utente consegue definir um plano de intervenção adequado e essencial na promoção do envelhecimento ativo. Foi na tentativa de provar isso mesmo que realizamos esta investigação, obtendo resultados comprovativos que os enfermeiros de reabilitação fazem a diferença na qualidade de vida dos idosos.

1.5 Envelhecimento e incapacidade funcional

O envelhecimento ativo previne ou atenua o aparecimento de determinadas doenças. Os benefícios do envelhecimento ativo requerem uma participação constante, uma vez que poderá existir uma regressão assim que a participação for interrompida. Neste capítulo será explanado as consequências do envelhecimento caso não exista essa participação ativa e frequente.

Com o intuito de classificar a incapacidade que os idosos vão adquirindo à medida que o envelhecimento se instala surgiu a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF) que engloba as várias dimensões da saúde, o que torna o seu papel decisivo na agregação da funcionalidade, incapacidade e saúde humana. Esta classificação permite identificar o que a pessoa pode, ou não, fazer na sua vida diária, tendo em vista as funções dos órgãos/sistemas, assim como as limitações de atividade e restrições da participação social no meio ambiente onde a pessoa esta inserida (OMS & Direção Geral da Saúde, 2004).

Apesar de neste estudo não ter sido aplicada a CIF considero que será um instrumento fundamental no futuro para avaliar o grau de dependência dos idosos, podendo ser utilizado como instrumento de trabalho dos enfermeiros de reabilitação. Na unidade onde se insere este estudo a equipa multidisciplinar já começou a aplicar a classificação no entanto existem alguns itens que ainda não se encontram bem definidos. Sendo assim as entidades superiores ainda não exigem a sua aplicação, uma vez que ainda se encontra em fase de reconstrução.

A CIF apresenta as seguintes definições: Funções do corpo (são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos), Estruturas do corpo (são as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes), Deficiências (são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda), Atividade (é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo), Participação (é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real), Limitações da atividade (são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades), Restrições da participação (são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido

em situações da vida real), Fatores ambientais (constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida) (OMS,2002).

O principal objetivo desta classificação é descrever a funcionalidade e a incapacidade relacionadas com as condições de saúde, identificando o que uma pessoa pode ou não pode fazer na sua vida diária, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo (domínios da saúde), assim como as limitações de atividades e restrições da participação social no meio ambiente onde vive a pessoa (domínios relacionados com a saúde) (OMS,2002).

A incapacidade funcional surge, então, como a diminuição da capacidade ou incapacidade de realizar tarefas básicas de autocuidado, que são normalmente necessárias para uma vida independente (YANG YANG, 2005).

A incapacidade funcional é pois uma forma de avaliar a saúde na pessoa idosa, uma vez que surge como fator preditivo de mortalidade (Koster et al., 2006, citados por Caeiro e Silva, 2008).

Aproximadamente até aos 20 ou 30 anos, as pessoas vão desenvolvendo as suas capacidades e, a partir daí, o desempenho funcional vai declinando pouco a pouco ao longo dos anos, ocorrendo o denominado envelhecimento funcional. Trata-se de um processo lento e impercetível, mas inexorável e universal (PASCHOAL, 2002).

À medida que um maior número de pessoas atinge idades mais avançadas há uma tendência de alteração no padrão de morbilidade e de causas de mortalidade da população; em vez das doenças infeto-contagiosas, tornam-se predominantes as doenças crónico-degenerativas e suas complicações (ALVES et al, 2008). A curto e a longo prazo, o aumento no número de doenças crónicas implica uma maior prevalência de incapacidade funcional. E nesta área o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante na diminuição da incapacidade funcional, através do treino das AVD's e da implementação de planos de reabilitação.

Sloane, citado por Lancaster (1999, p. 640), corrobora, ressaltando que *“os idosos como grupo, apresentam uma incidência significativa de situações crónicas. As mais comuns estão relacionadas com o aparelho circulatório, respiratório, osteomuscular e perturbações mentais que afetam a duração da vida, quer a sua qualidade, ou ambas.”*

Segundo Caeiro e Silva (2008), metade da população idosa apresenta pelo menos uma patologia crónica que impede a funcionalidade diária. Destas doenças destacam-se as

doenças reumáticas, as cardiovasculares e as respiratórias, entre outras de maior destaque como o AVC, a neoplasia, a incontinência urinária, a diabetes e a anemia (GRAF, 2006; KRIEGSMAN et al, 2001).

Van Goll et al (2005), citados por Caeiro e Silva (2008), defendem que as patologias podem ter consequências na *performance* física e no desempenho dos papéis sociais da pessoa idosa, concorrendo para a hospitalização, risco de institucionalização, diminuição da qualidade de vida e do declínio funcional.

A prevalência de incapacidade funcional nas pessoas idosas é estimada em cerca de 20% para as que têm 65 anos ou mais, e cerca de 35% para as que têm 75 anos ou mais (Black e Rush, 2002; Caeiro e Silva, 2008).

Esta classificação ao demonstrar o nível de incapacidade e dependência, também pode ser utilizada como medidor dos efeitos dos cuidados de enfermagem e reabilitação. Isto porque o enfermeiro de reabilitação atua na diminuição da incapacidade dos idosos. Devido ao envelhecimento populacional, 10 a 25% da população idosa é portadora de determinadas condições clínicas que os colocam em categorias de fragilidade, necessitando de cuidados constantes e elevados custos para o governo e família. (Lourenço et al, 2012). Isto significa que o papel do enfermeiro de reabilitação na diminuição da incapacidade irá assumir cada vez mais um papel fundamental.

A independência na realização das AVD's é de grande importância na vida das pessoas pois envolve questões de natureza emocional, física e social. A dependência altera as dinâmicas familiares e os papéis desenvolvidos pelos seus membros, posto isto considero que é algo que tem se ser mais valorizado na sociedade.

2. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA NA PESSOA IDOSA

O enfermeiro especialista é um “enfermeiro com conhecimentos diferenciados e com competências em uma área específica que se apresenta com uma prática diferenciada e especializada inclui: ensino, administração, pesquisa e consultoria” (Internacional Council of Nurses).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº 125/2011,2011).

Neste âmbito, as intervenções do enfermeiro de reabilitação visam “promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades” (OE,2010). Esta intervenção é de facto relevante nos cuidados à pessoa idosa, uma vez que visa a promoção da autonomia dos clientes.

A reabilitação compreende um corpo de conhecimentos, competências e comportamentos especializados e diferenciados, com o objetivo de ajudar toda a pessoa portadora de doença aguda, crónica, com deficiência ou sequelas, a atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e satisfação, preservando a sua autoestima (Regulamento nº 125/2011,2011). Segundo este regulamento podemos verificar que os cuidados de reabilitação englobam os cuidados à pessoa portadora de doença com o intuito de promover a sua autonomia. No presente estudo trata-se de pessoas idosas que perderam a sua autonomia e que necessitam de um enfermeiro de reabilitação capaz de diminuir a incapacidade funcional instalada.

A reabilitação é um processo global, dinâmico e contínuo dirigido à pessoa, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que se encontra inserida, que visa corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidades funcionais, tão

rapidamente quanto possível, para o exercício de uma atividade considerada normal no âmbito do seu projeto de vida.

Compete também ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação monitorizar a implementação e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando e efetuando os ajustamentos necessários no processo de prestação de cuidados, que lhe permitem analisar a eficácia da sua intervenção, para poder transmitir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros – MCEER, 2015 a). Tal como sucede no presente estudo, onde o principal objetivo é demonstrar os ganhos em saúde com os cuidados dos enfermeiros de reabilitação.

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação apresenta a competência e o perfil adequado para “ser o profissional capaz de promover e potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens” (APER, 2010). Estes reúnem um conjunto de competências que vão para além da intervenção ao nível funcional. Este conjunto de competências permite-lhes promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, auxiliando os processos de transição saúde/doença e capacitam a pessoa e o cuidador para a reinserção social. O facto de serem enfermeiros permite-lhes satisfazer as necessidades globais da pessoa.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação procuram ter uma abordagem centrada na aquisição de competências pela pessoa idosa que são necessárias para voltar a desempenhar a atividade que, entretanto, tinha desenvolvido incapacidade. Na defesa dos direitos dos utentes, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como agente de mudança passam por conceder à pessoa e/ou família conhecimento, estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adotar para conseguir resultados (Hoeman, 2000).

Sendo assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação elabora programas de reabilitação dirigidos à população idosa com o intuito de reverter a incapacidade funcional dos mesmos.

Alguns estudos de investigação publicados a nível internacional destacam os efeitos positivos de programas de reabilitação na população idosa (Skelton & McLaughlin, 1996; Davies, Ellis & Laker, 2000; Dantas & Vale, 2004). A nível nacional, no que respeita ao papel do enfermeiro de reabilitação, trata-se de um domínio ainda pouco

explorado. Contudo encontram-se já alguns estudos de investigação que confirmam e validam o futuro promissor das intervenções desenvolvidas neste âmbito.

Ferreira (2011), num estudo transversal correlativo, testou os efeitos de um programa de reabilitação dirigido a 40 idosos, no domicílio, instituído pelos enfermeiros de reabilitação e concluiu que os idosos no final do programa de reabilitação apresentam maior independência funcional comparando com o momento de admissão ao referido programa, confirmando a relevância atribuída aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Gonçalves (2012) desenvolveu um estudo quase-experimental, no qual inclui 30 idosos e pretendeu avaliar o impacto de um programa que dinamiza as intervenções de enfermagem de reabilitação no domicílio, procurando reduzir o nível de dependência do idoso e sobrecarga do seu cuidador. Os resultados sugeriram que o programa promoveu um ganho nos índices de Barthel dos idosos.

Mendes (2013) realizou um estudo qualitativo no qual procurou verificar as mudanças ocorridas na aptidão física e independência funcional de um grupo de idosos institucionalizados num lar, após o desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação. Os resultados obtidos permitiram concluir que o programa conduziu ao aumento da aptidão física dos idosos (força nos membros inferiores e superiores, resistência cardiorrespiratória, flexibilidade e equilíbrio), com benefícios na realização de atividade de autocuidado.

Os autores mencionados anteriormente organizam a sua intervenção através de programas de reabilitação. Estes pretendem demonstrar a importância destes programas e os seus efeitos na melhoria da capacidade funcional e independência dos idosos. O que mais uma vez reforça que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é crucial nos dias de hoje.

Todos os estudos realizados até então demonstram que o enfermeiro de reabilitação é fundamental no aumento da capacidade funcional no idoso. É necessário continuar a investigar e provar através de mais estudos que esta área deve ser reconhecida e valorizada.

Em suma, o envelhecimento da população é uma realidade, cada vez mais presente, pelo que se torna essencial manter o máximo de tempo possível a autonomia e independência no autocuidado, durante o processo de envelhecimento. Esta meta

revela-se fundamental, uma vez que apesar dos idosos atualmente terem uma maior esperança média de vida, manifestam uma maior tendência para o aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes. Sendo assim, o enfermeiro especialista em reabilitação revê na população idosa um conjunto de necessidades complexas, progressivas que requerem não só o domínio das competências, princípios e técnicas de reabilitação, mas acima de tudo adaptação às especificidades e exigências que o processo de envelhecimento condiciona.

2.1 - Um Olhar Sobre a Especificidade Dos Autocuidados

O autocuidado é uma das áreas de intervenção dos enfermeiros de reabilitação, tal como corrobora Januário (2014) quando refere que a promoção do autocuidado é o centro de intervenção do enfermeiro de reabilitação, tendo como objetivo da sua intervenção a ajuda a pessoas de forma a estas atingirem o nível máximo das suas capacidades nas suas atividades de vida, com o reforço de atitudes positivas perante as adaptações que irão surgir.

O conceito de autocuidado foi definido por Dorothea Orem como o cuidado pessoal diário, necessário para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento do indivíduo, partindo da premissa que todos possuem potencial, se bem que em diferentes graus, para cuidar de si e dos que estão sob a sua responsabilidade (Vitor, Lopes & Araújo, 2010).

Segundo o INC (2011, p. 41), o autocuidado constitui um foco de atenção na prática de enfermagem e define-se como sendo a *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais e íntimas e as atividades de vida diárias”*. Conforme refere Petronilho (2012) este conceito apresenta-se como central na prática de enfermagem, sendo que evoluiu ao longo dos tempos e surge associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal.

O autocuidado reflete-se em vários domínios: cognitivo, que implica conhecimentos da área da saúde e das habilidades cognitivas exigidas para cumprir as ações de autocuidado; o domínio físico, reportando para a capacidade física inerente à concretização do autocuidado; o domínio emocional ou psicossocial, que engloba as atitudes, crenças, valores, motivações, desejos e a percepção de competência na implementação do autocuidado, bem como o domínio comportamental, que requer habilidades necessárias para a execução de comportamentos do autocuidado (Petronilho, 2012).

A assistência no autocuidado exige que os enfermeiros passem pela aplicação do Modelo de Dorothea Orem, pois fundamenta-se no princípio que o indivíduo é capaz de implementar ações, dirigidas a si mesmo ou a outros sob a sua responsabilidade, de forma a controlar fatores que promovam, afetem de forma prejudicial, ou influenciam a regulação das suas principais funções, necessárias ao seu desenvolvimento, com o intuito de contribuir para a saúde e bem-estar (McEwen & Wills, 2009). Assim, o indivíduo capaz de se autocuidar apresenta conhecimentos, habilidades e experiência adquiridas ao longo da vida, o que o caracteriza como agente de autocuidado (Petronilho, 2012).

Importa também ressaltar que a Teoria do Défice do Autocuidado explora as razões da intervenção de enfermagem neste domínio. Podemos assim reiterar a importância desta explicação para a intervenção do enfermeiro de reabilitação no autocuidado.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve e explica as relações que é necessário estabelecer e manter para a concretização de intervenções de enfermagem. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece a estrutura, o conteúdo da prática de enfermagem, considerando-se um sistema de intervenção que visa a capacidade de prescrição, planeamento e prestação de cuidados perante situações de défice de autocuidado (Costa, Saraiva, Costa & Barroso, 2007; Vitor et al., 2010).

Neste sentido, identificam-se diferentes tipos de sistemas de enfermagem dependendo da capacidade demonstrada pelo indivíduo para o autocuidado, de acordo com as suas necessidades.

Os sistemas de enfermagem podem classificar-se como totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio. O sistema totalmente compensatório implementa-se quando é necessário que o enfermeiro substitua o indivíduo,

compensado a incapacidade total no desempenho de ações de autocuidado, garantindo a sobrevivência e bem-estar. O sistema parcialmente compensatório refere-se à assistência de enfermagem quando o enfermeiro e o indivíduo colaboram e ambos realizam intervenções da esfera do autocuidado, em que o indivíduo é incapaz de completar sozinho as ações do autocuidado e o enfermeiro compensa as suas limitações. Recorre-se ao sistema de apoio quando o indivíduo é capaz de realizar as intervenções, apresentando capacidade para o autocuidado, contudo carece de desenvolver competências que garantam a sua concretização, necessitando de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o exercício e desenvolvimento dessas atividades (Petronilho, 2012).

A prática destas teorias levou Orem a identificar cinco métodos de ajuda, contemplando o domínio de competências do enfermeiro: agir ou fazer para outra pessoa, reportando para um método de substituição; guiar e orientar apontado para auxílio ou supervisão; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, com base na gestão do ambiente físico, e ensinar (Petronilho, 2012; Vitor et al., 2010).

A forte representatividade desta teoria na prática de enfermagem é reforçada pela intervenção educativa do enfermeiro baseada em atitudes que promovem a autonomia no autocuidado, pela exigência face à crescente incidência de doenças crónicas condicionantes de dependência no autocuidado e consequentes cuidados de saúde por longos períodos de tempo, e ainda pela necessidade de reestruturação dos estilos de vida (Schaurich & Crosseti, 2010). Até porque, apesar da dependência não ser um fenómeno novo, este apresenta-se hoje em dia como um dos maiores desafios a nível da saúde, social e político (Araújo, 2010). Sempre existiram pessoas dependentes, contudo com as transformações estruturais como o envelhecimento, a mudança de perfil das patologias, as alterações na estrutura familiar decorrentes da entrada da mulher no mercado de trabalho o autocuidado ganhou uma importância com maior dimensão.

Acrescenta-se aos aspetos anteriores, a mudança do paradigma de cuidar para uma lógica de cuidados com maior enfoque na promoção da saúde; as questões económicas que implicam recursos limitados; a necessidade de capacitar as famílias para a adaptação aos desafios de saúde e os cidadãos mais informados que valorizam o processo de tomada de decisão sobre questões de saúde (Petronilho, 2012).

O conceito de autocuidado surge implicitamente relacionado com a capacidade funcional da pessoa, em que esta diminuição pode condicionar uma situação de dependência. Os domínios do autocuidado associados à atividade física, nomeadamente o andar, transferir-se e virar-se, bem como o domínio do usar o sanitário apresentam-se como aqueles que revelam maior grau de dependência após um evento gerador de dependência (Petronilho, Machado, Miguel & Magalhães, 2010). Contrariamente, os mesmos autores revelam que no domínio do autocuidado alimentar-se os indivíduos mantêm maior grau de autonomia. Assim, aspetos diretamente relacionado com a capacidade funcional, como: equilíbrio corporal, coordenação motora, destreza manual e força muscular determinam a autonomia e independência no desempenho de atividade inerentes ao autocuidado, condicionando o grau de dependência (Petronilho et al., 2010).

Acrescenta-se ainda a importância dada ao autocuidado e à autonomia expressa no regulamento da RNCCI, no decreto-lei 101/2006 o conceito de dependência perspetiva a *“situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária”* (p.3857). Sendo assim é fundamental a manutenção do padrão funcional, assim como o apoio familiar ou social para a concretização das AVD's, justificação esta necessária para compreender a necessidade deste estudo.

O enfermeiro surge então como o profissional de saúde cujo domínio de competências é sensível à promoção da autonomia e independência no autocuidado como área major de intervenção.

A realização do enquadramento teórico foi fundamental na medida em que me permitiu aprofundar os meus conhecimentos no que diz respeito aos conteúdos abordados no presente estudo. Esta investigação permitiu sustentar teoricamente o trabalho de campo realizado. As alterações das necessidades em saúde que surgem do aparecimento das doenças crónicas e da longevidade implicam obrigatoriamente mudanças na saúde. E através da elaboração deste quadro teórico foi possível compreender que o enfermeiro especialista em reabilitação, com todas as suas competências, irá, cada vez mais, assumir um papel essencial nas equipas de saúde.

3 – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO NUMA UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Com o aprofundamento dos conhecimentos teóricos, estes permitem uma maior valorização da problemática em estudo, vindo facilitar o levantar de uma série de questões que permitem orientações para a realização deste estudo.

A fase metodológica estuda a melhor maneira de abordar determinado problema e indica-nos o caminho para encontrar uma resposta para o mesmo. Segundo Fortin (1999), no decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.

Segundo Hesbeen (2003:134), *“A metodologia é o discurso que acompanha o caminho. É o relato da aventura do investigador que parte à descoberta de uma questão.”* Sendo assim, esta parte do estudo visa descrever as diferentes etapas e procedimentos implementados com o intuito de desenvolver a investigação.

O enquadramento metodológico consiste na apresentação do desenho do estudo e na descrição da planificação e condução do trabalho desenvolvido (Fortin, 2009). Assim, neste capítulo são apresentados os objetivos do estudo, a questão de partida, a metodologia utilizada, a população e amostra em estudo. Será descrita detalhadamente os instrumentos utilizados de recolha e tratamentos de dados e por fim a análise estatística.

Este estudo apresenta como finalidade demonstrar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e reabilitação, numa unidade de cuidados continuados.

Torna-se estimulante para o investigador descobrir as respostas do problema, a sua relevância passará pela confirmação, refutamento ou expansão de resultados observados em estudos experimentais anteriores, bem como para direcionar futuras pesquisas. Pelo que partimos da seguinte questão:

Quais as diferenças de evolução nos autocuidados, equilíbrio e risco de queda entre os dois grupos de idosos?

Quais as diferenças da independência dos idosos quando cuidados por enfermeiros de reabilitação e enfermeiros generalistas?

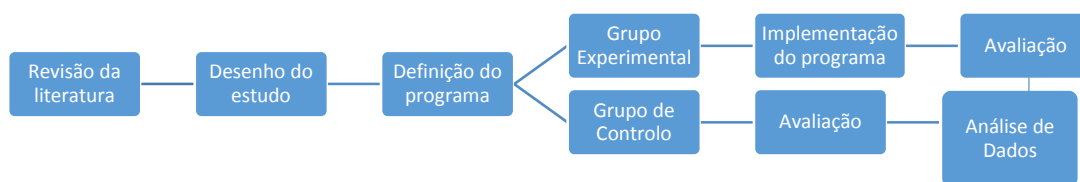
De acordo com Fortin (2009, p.101), as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada.

Os objetivos dizem respeito à meta que se pretende atingir com a investigação. Eles representam a intenção do pesquisador com o trabalho científico proposto. Quanto mais claro forem os objetivos, melhor serão as decisões tomadas na etapa da metodologia. Neste estudo pretendemos:

- Descrever as diferenças de evolução nos autocuidados de higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se entre os dois grupos de idosos
- Analisar as diferenças da independência dos idosos quando cuidados por enfermeiros de reabilitação e enfermeiros generalistas

Este estudo trata-se de um estudo descritivo e quase-experimental, realizado numa unidade de cuidados continuados. O desenho do estudo encontra-se no esquema seguinte:

Figura 2 - Desenho do estudo



Enquadra-se no estudo descritivo uma vez que descreve o que observa e documenta vários aspetos do fenómeno em análise, determina a frequência e categoriza a informação. Pretende conhecer de forma mais detalhada as diferenças da independência dos idosos quando cuidados por enfermeiros de reabilitação e enfermeiros generalistas, por isso foram criados dois grupos (experimental e de controlo). O grupo experimental foi submetido a um programa de enfermagem e reabilitação e o grupo de controlo foi cuidado

por enfermeiros generalistas. Sendo que os ambos os grupos tiveram acesso à mesma equipa multidisciplinar.

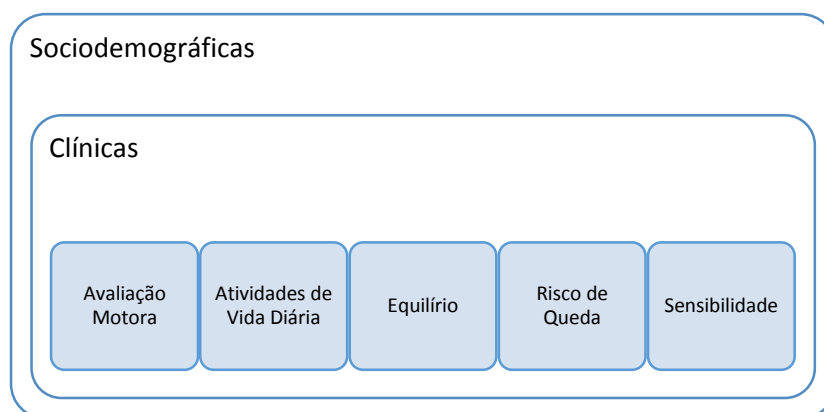
De acordo com Fortin (2009), o desenho experimental é uma estrutura que contém variáveis dispostas de modo que uma delas produza um efeito sobre a outra. Uma verdadeira experimentação deve incluir manipulação (introdução de uma intervenção ou de um tratamento), o controlo (utilização de pelo menos um grupo de controlo) e a randomização (repartição aleatória dos sujeitos nos grupos experimental e de controlo) (Fortin, 2009). De acordo com o mesmo autor, o desenho quase-experimental difere do experimental pela ausência do grupo de controlo ou, como na presente investigação, da repartição aleatória.

3.1 – Variáveis em estudo

Segundo Polit, Beck e Hungler, (2004), num estudo quantitativo os conceitos são denominados de variáveis e como o nome indica, é algo que varia. Entende-se por variáveis as “qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin, 2009).

Após a fundamentação teórica, foram selecionadas as variáveis mais pertinentes, atendendo aos objetivos do estudo, às particularidades do instrumento de colheita de dados e à revisão efetuada. Neste sentido, houve necessidade de classificar as variáveis selecionadas. Segundo Pocinho (2009) nos estudos descritivos as variáveis podem ser primárias e complementares. As variáveis primárias são as variáveis principais do estudo, as que influenciam a conclusão do mesmo. As complementares são aquelas que se utilizam para caracterizar a amostra (variáveis de atributo).

Figura 3 - Variáveis do estudo



Neste estudo as variáveis complementares são: dados sociodemográficos (idade, nível de escolaridade, sexo, estado civil, proveniência, prestador de cuidados, tempo de imobilidade e diagnóstico principal). Estas variáveis são de caracterização. A variável, diagnóstico principal, foi operacionalizada tendo em conta as patologias incidentes na unidade, e dela fazem parte os diagnósticos de neurologia e ortopedia.

As variáveis principais deste estudo são: independência no autocuidado, força dos 4 membros, equilíbrio, risco de queda, sensibilidade superficial (táctil, dolorosa e térmica) / profunda, e prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A variável independência no autocuidado foi medida através da aplicação do índice de barthel. O índice de barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades de vida diária: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que o 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5,10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007).

A variável força muscular será avaliada pelo teste de Força Muscular (FM) no MRC, conhecido como teste muscular manual (TMM), consiste na avaliação manual da força muscular, com a seguinte graduação: 0- sem contração; 1 – traços de contração; 2 – movimentos ativos, desde que com a eliminação da ação da gravidade; 3- movimentos ativos contra a ação da gravidade; 4- movimentos ativos contra a ação da gravidade e contra resistência; 5 – força normal.

A variável equilíbrio foi operacionalizada através da escala de Tinetti que se fundamenta em 16 itens em que nove são para o equilíbrio do corpo e sete para a marcha. A pontuação total é de 28 pontos e é obtida por meio da soma das pontuações do equilíbrio do corpo (16 pontos) e da marcha (12 pontos).

A variável risco de queda tem uma pontuação que varia entre 0 e 125 pontos e os indivíduos são discriminados em função do risco de queda em: sem risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥ 51).

A sensibilidade tátil avalia-se com uma compressa ou algodão. O enfermeiro valida se a pessoa apresenta Hipostesia tátil (sensibilidade tátil diminuída) ou anestesia tátil (sensibilidade tátil abolida).

A sensibilidade térmica deve fazer-se com tubos de água a uma temperatura fria, entre 4º e 10º e quente, 45/52º.

A sensibilidade dolorosa pode ser avaliada através da ponta de uma caneta ou um alfinete descartável. O enfermeiro verifica se a pessoa apresenta hipoalgesia (sensibilidade dolorosa diminuída) ou analgesia (sensibilidade dolorosa abolida).

3.3 – Instrumento de Colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados foram organizados sobre o formato de inquérito e aplicado pelo investigador.

Trata-se de um instrumento rigoroso e estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem. No sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os clientes, é indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares (Ghiglione e Matalon, 1992, p. 110).

O inquérito foi elaborado após a definição das variáveis que se pretendem medir, tendo em conta a forma como estas se expressam melhor. Foi realizada uma pesquisa com o intuito de verificar as melhores escalas para aplicar a cada área das variáveis em estudo. O inquérito tem o total de 8 perguntas e 5 escalas e demora em média 20 minutos a ser

aplicado. Não foi realizado pré-teste, uma vez que são escalas testadas para a população portuguesa e em uso na prática de enfermagem.

As primeiras quatro questões do questionário foram elaboradas com o intuito de caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, através das quais são recolhidas informações acerca do género, idade, estado civil e habilitações literárias. Nas seguintes questões são recolhidos dados sobre a patologia incapacitante, a existência ou não de um prestador de cuidados e a proveniência do utente.

Seguem-se o conjunto das escalas utilizadas: Índice de Barthel, Escala de Tinetti e Escala de Morse.

Recordamos que o Índice de Barthel dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007). Este estudo elaborado por Araújo et al (2007) revela que este índice é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96). Embora a estrutura concetual da escala seja unidimensional, o estudo deste instrumento forçado a duas dimensões veio diferenciar o autocuidado e a mobilidade por um lado e a eliminação por outro. No que respeita à validade de critério este instrumento apresentou uma correlação forte com a escala de Lawton e Brody.

Deverá ser usado como um registo do que o doente faz, não como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objetivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A avaliação da força muscular foi avaliada segundo a Escala de força Medical Research Council (MRC). Este método criado em 1943 pelo Medical Research Council que ao elaborar um Atlas sobre inervação periférica, incluiu testes motores e sensoriais adaptados a pacientes com doenças nervosas periféricas, se tornando referência mundial e sendo periodicamente revisado e reeditado.

Em 2006, Silva et al publicaram um artigo de revisão sobre os principais escalas utilizadas para avaliação de: FM, dor, equilíbrio, mobilidade e/ou locomoção, funcionalidade, AVD's, qualidade de vida, eficácia da tosse, bem-estar, integração social, comunicação, coordenação olho-mão, raciocínio, autocuidado, fadiga e sono. Foram encontrados 49 instrumentos de avaliação. Os autores destacaram que em relação à FM, a escala de MRC

foi a mais citada e considerada como a mais adequada para estudos multicêntricos, apesar de sua subjetividade.

A escala de avaliação do equilíbrio e de marcha de Tinetti classifica aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados. É uma escala que não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha. A utilização deste instrumento de avaliação tem importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, além de ser considerada uma escala altamente preditiva de quedas.

A aplicação desta escala é importante no momento da admissão dos doentes, sobretudo nas pessoas com mais de 65 anos, nos doentes confusos ou com agitação psicomotora, nos doentes no pós-operatório, em doentes medicados com fármacos associados ao risco de queda, como psicofármacos, analgésicos estupefacientes ou anti-hipertensores entre outros, contribuindo para um adequado plano de intervenção a nível da prevenção das quedas em ambiente hospitalar.

A prevalência de quedas dos doentes é um indicador de segurança do doente ao nível hospitalar e um indicador sensível aos cuidados de Enfermagem. A evidência da investigação e as estatísticas hospitalares sugerem que os doentes hospitalizados têm um risco maior de cair do que as pessoas na comunidade (Healey & Scobie, 2007). A queda do doente é o incidente mais comum de segurança reportado a nível hospitalar, as quais têm custos a nível dos doentes, dos familiares e até dos próprios profissionais. Em termos humanos, podem provocar no doente angústia, dor, danos físicos, perda de confiança e perda de independência. A nível dos familiares, podem gerar reclamações formais e processos jurídicos de litígio com o hospital, sendo natural que fiquem insatisfeitos quando um familiar internado sofre uma queda que cause danos, pois esperam que o hospital seja um local seguro. A nível dos profissionais, apesar de se esforçarem para que os doentes mais vulneráveis não caiam, constitui uma constante fonte de ansiedade e desgaste sempre que um doente sofre lesões provocadas por uma queda (Healey & Scobie, 2007; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; Oliver, Daly, Martin & McMurdo, 2004; Perrel et al., 2001).

As escalas de avaliação de risco de queda são ferramentas que atribuem valores numéricos a determinados fatores de risco (Healey & Scobie, 2007), geralmente, somados de forma a predizerem se o doente tem um risco baixo, médio ou elevado de cair (Morse, 2009). Num relatório elaborado pela Inspeção Geral das Atividades em Saúde sobre as quedas em

hospitais (Soares & Almeida 2008) é referido que a Escala de Quedas de Morse é a escala mais utilizada nos hospitais portugueses.

A sensibilidade constitui uma das grandes funções do sistema nervoso, através da qual o organismo adquire o conhecimento das modificações do meio que o rodeia, da sua própria atividade e dos fatores nocivos que passam a prejudica-lo.

A sensibilidade deve ser explorada de modo subjetivo, ou seja, quando é manifestada espontaneamente e explorada por anamnese, de modo objetivo, podendo-se determinar por diferentes técnicas. Esta pode se dividir em superficial e profunda. Ambas devem ser avaliadas em todos os segmentos corporais, inclinando-se do distal para o proximal, bilateralmente e sempre com os olhos fechados.

As sensações são originadas pela ação do estímulo sobre a pele, excitando um recetor ou órgão sensorial. Cada território da pele é inervado por axónios sensitivos dentro de cada nervo segmentar (raiz nervosa), ou seja, a sensibilidade daquele território depende do dermatomo correspondente.

A sensibilidade profunda visa a consciência exata da posição dos segmentos em relação ao próprio corpo. Avalia-se colocando passivamente um membro em determinada posição e pedindo à pessoa para dizer a posição do membro. Esta prova realiza-se de olhos fechados.

3.4 – Amostra

A amostra será constituída por dois grupos: um submetido a um programa de reabilitação (grupo experimental) e o grupo controlo. A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística de seleção racional, tendo sido utilizado como critério de inclusão os utentes considerados idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) internados na unidade. Conforme refere Fortin (2009, p. 311) a população em estudo define-se por critérios de inclusão sendo estes determinados com a ajuda de critérios das características que se desejam encontrar nos elementos da amostra.

Foi selecionado um total de 30 pessoas (15 pessoas no grupo controlo e 15 pessoas no grupo experimental). O grupo controlo será obtido a partir das características sexo, idade e grau de dependência no início da intervenção. Considerou-se o grupo controlo os utentes internados na Unidade de Setembro de 2016 a Janeiro de 2017. Este grupo não teve qualquer intervenção dos enfermeiros de reabilitação.

O grupo experimental foi constituído pelos utentes internados no período de Fevereiro de 2017 a Maio de 2017. Isto porque o período de internamento nas Unidades de Média Duração e Reabilitação é entre 30 a 90 dias. Ambos os grupos foram alvo de cuidados da mesma equipa multidisciplinar, sendo que a única diferença foi apenas a presença do enfermeiro de reabilitação no grupo experimental.

3.5 – Procedimento do estudo

Após clarificado o prolema a estudar, selecionada a população do estudo e a informação que se pretende colher, é necessário encontrar a forma mais adequada para obter essa informação.

A população foi selecionada tendo em conta a realidade vivenciada em Portugal. O aumento da esperança média de vida provocou na população o seu envelhecimento. Sendo assim considerei pertinente a escolha da população idosa como amostra deste estudo.

O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação junto dos participantes, com os instrumentos de medida selecionados (Fortin, Côté e Filion, 2009). A recolha de dados à amostra em estudo foi concretizada pela investigadora de Setembro de 2016 a Maio de 2017.

Dado o tipo de estudo, houve necessidade de aplicar o inquérito em dois momentos, permitindo deste modo a comparação dos dados nos dois momentos de avaliação em ambos os grupos. O inquérito foi aplicado a todos os participantes através da observação direta, e da consulta do processo clínico. Os dados da avaliação antes e depois do grupo experimental foi cedida pela investigadora que desenvolveu esse estudo na mesma unidade.

O grupo de controlo não sofreu intervenção dos enfermeiros de reabilitação, mantiveram-se na unidade até 3 meses apenas com cuidados gerais de enfermagem. O grupo experimental cumpriu um programa de reabilitação instituído no serviço no período em que os utentes estiveram internados. Este programa foi elaborado no contexto de outro estudo a decorrer no mesmo serviço. Esse estudo tinha como objetivo verificar o impacto do enfermeiro de reabilitação numa unidade de média duração. O programa é dirigido a utentes com necessidades ao nível da reabilitação funcional e do treino de AVD's. A sua área de intervenção está relacionada com os exercícios músculos-articulares que englobam a correção postural, o treino das AVD's, o treino de equilíbrio e as técnicas de mobilização músculo-articular e propriocetivas.

A colheita de dados foi realizada após aplicação do consentimento informado aos pacientes e da autorização do hospital. A recolha foi baseada nos registos de enfermagem da plataforma da RNCCI e através da observação direta e respetivo preenchimento do inquérito.

Após a recolha de dados será realizada a análise estatística. A análise descritiva será utilizada para a caracterização da amostra e variáveis em estudo, enquanto para a análise dos resultados será utilizado o SPSS Statistics.

3.6 – Considerações Éticas

O enfermeiro na realização de uma investigação tem o dever de zelar pela proteção dos direitos dos utentes. Durante a realização desta investigação tivemos em atenção os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, bem como o direito a um tratamento justo e equitativo.

Para cumprimento dos procedimentos éticos foi solicitado um pedido de autorização ao Hospital onde se localiza a unidade para realização do projeto de investigação e colheita de dados (Anexo I).

Aos intervenientes/responsável legal foi aplicado o consentimento informado (Anexo II), de acordo com a declaração de Helsínquia, salvaguardando o facto de os participantes poderem desistir a qualquer momento. Fortin, Côté e Filion (2009) referem que os direitos das pessoas devem ser protegidos em qualquer estudo de investigação.

De acordo com Fortin (1999) *“A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estas se inspiram para guiar a nossa conduta”*.

4 – AS DIFERENÇAS DE CUIDADOS NA UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Neste capítulo será explanado os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados ao grupo controlo e ao grupo experimental em dois momentos de avaliação, 1º dia de internamento e no momento da alta.

4.1 – Caracterização da amostra

Este subcapítulo analisa as características dos dois grupos de controlo e experimental, para garantir a semelhança. Recorde-se que a metodologia de criação dos grupos foi cega, uma vez que foram constituídos à medida que os doentes eram admitidos na unidade. Num primeiro momento será feita a descrição das variáveis de caracterização sociodemográfica e posteriormente serão analisadas as variáveis clínicas.

Após analisar a semelhança e a diferença entre os grupos na primeira avaliação, segue-se a descrição dos resultados de uma segunda avaliação 3 meses após a primeira avaliação.

Tabela nº 1 - Distribuição da idade pelos grupos em estudo

Idade		64-70	71-80	81-90	Total
Experimental	Número	8	2	5	15
	% Grupo	53,3%	13,3%	33,3%	100,0%
Controlo	Número	2	8	5	15
	% Grupo	13,3%	53,3%	33,3%	100,0%

Relativamente à idade verificamos que no grupo experimental 8 utentes (53,3%) têm entre 64 e 70 anos, 2 utentes (13,3%) têm entre 71 e 80 anos e 5 utentes (33,3%) têm entre 81 e

90 anos. No grupo de controlo 2 utentes (13,3%) têm entre 64 e 70 anos, 8 utentes (53,3%) têm entre 71 e 80 anos e 5 utentes (33,3%) têm entre 81 e 90 anos.

A diferença de idades entre os dois grupos é significativa como demonstra o teste qui-quadrado onde $p = 0,027$, o que permite afirmar que os grupos não são homogéneos na idade.

Tabela nº 2 - Distribuição do sexo pelos grupos em estudo

Sexo		Experimental	Controlo	Total
Masculino	Número	7	5	12
	% Grupo	46,7%	33,3%	40,0%
Feminino	Número	8	10	18
	% Grupo	53,3%	66,7%	60,0%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No grupo experimental 7 participantes (46,7%) são do sexo masculino e 8 (53,3%) são do sexo feminino. No grupo de controlo, verifica-se igualmente uma maior percentagem do sexo feminino (66,7%) relativamente ao sexo masculino (33,3%).

No total da amostra existe uma ligeira diferença entre géneros sendo que o sexo feminino tem uma maior percentagem, mas esta diferença segundo o teste qui-quadrado não se revela significativa ($p = 0,456$), o que garante homogeneidade dos grupos face ao sexo.

Tabela nº 3 - Distribuição do estado civil pelos grupos em estudo

Estado Civil		Experimental	Controlo	Total
Casado/União de facto	Número	4	9	13
	% Grupo	26,7%	60,0%	43,3%
Solteiro	Número	3	0	3
	% Grupo	20,0%	0,0%	10,0%
Viúvo	Número	6	6	12
	% Grupo	40,0%	40,0%	40,0%
Divorciado	Número	2	0	2
	% Grupo	13,3%	0,0%	6,7%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Quanto ao estado civil no grupo experimental 26,7% eram casados, 20% eram solteiros, 40% viúvos e 13,3% eram divorciados. No grupo de controlo 60% eram casados e 40% viúvos. Existem diferenças entre os grupos quanto ao estado civil, mas segundo o teste qui-quadrado estas não são significativas ($p=0,74$), sendo mais um dado que demonstra a homogeneidade dos grupos.

Tabela nº 4 - Distribuição da proveniência pelos grupos em estudo

Proveniência		Experimental	Controlo	Total
CRN	Número	1	0	1
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
	% Total	3,3%	0,0%	3,3%
Hospital	Número	7	10	17
	% Grupo	46,7%	66,7%	56,7%
	% Total	23,3%	33,3%	56,7%
UCC	Número	7	5	12
	% Grupo	46,7%	33,3%	40,0%
	% Total	23,3%	16,7%	40,0%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Relativamente à proveniência verifica-se que no grupo experimental 46,7% vieram de uma Unidade de Cuidados Continuados, 46,7% de um Hospital e 6,7% do Centro de Reabilitação do Norte. No grupo de controlo 10 utentes vieram do Hospital e 5 de UCC Apesar das diferentes proveniências, segundo o teste de qui-quadrado $p=0,394$, logo as diferenças não são significativas, o que garante a semelhança dos grupos.

Tabela nº 5 - Distribuição do prestador de cuidados pelos grupos em estudo

Prestador de cuidados		Experimental	Controlo	Total
Não	Número	1	1	2
	% Total	3,3%	3,3%	6,7%
Sim	Número	14	14	28
	% Total	46,7%	46,7%	93,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No total dos 30 pacientes pertencentes à amostra, 2 (6,7%) não tinham prestador de cuidados. Sendo que, os restantes 28 pacientes (93,3%) tinham prestador de cuidados.

Relativamente ao prestador de cuidados podemos verificar que 9 pacientes (30%) tinha como prestador de cuidados a esposa ou marido, 14 pacientes (46,7%) seria um dos filhos, os restantes 5 pacientes (16,6%) têm como prestador de cuidados a mãe, netos ou sobrinhos. Esta diferença entre os prestadores de cuidados de cada grupo não se revela significativa para o estudo. ($p = 0,487$), demonstrando mais uma vez a semelhança entre os grupos.

Tabela nº 6 - Distribuição dos diagnósticos pelos grupos em estudo

Diagnóstico		Experimental	Controlo	Total
Ortopédico	Número	7	4	11
	% Grupo	46,7%	26,7%	36,7%
Neurológico	Número	8	10	18
	% Grupo	53,3%	66,7%	60,0%
Outro	Número	0	1	1
	% Grupo	0,0%	6,7%	3,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Quanto aos diagnósticos no grupo experimental 7 utentes (46,7%) tem diagnóstico de foro ortopédico e 8 (53,3%) tem diagnóstico de foro neurológico. No grupo de controlo 4 utentes (26,7%) tem diagnóstico de foro ortopédico, 10 utentes (66,7%) tem diagnóstico de foro neurológico e 1 dos paciente (6,7%) tem outro diagnóstico. As diferenças existentes entres os grupos não são significativas, isto porque segundo o teste qui-quadrado $p=0,361$, sendo mais um contributo para demonstrar a homogeneidade da amostra.

Tabela nº 7 - Distribuição do nível de escolaridade pelos grupos em estudo

Nível de escolaridade		Experimental	Controlo	Total
Sem escolaridade	Número	0	1	1
	% Grupo	0,0%	6,7%	3,3%
1ª Ciclo	Número	11	11	22
	% Grupo	73,3%	73,3%	73,3%
2ª Ciclo	Número	2	2	4
	% Grupo	13,3%	13,3%	13,3%
3º Ciclo	Número	1	0	1
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Ensino superior	Número	0	1	1
	% Grupo	0,0%	6,7%	3,3%
Ensino secundário	Número	1	0	1
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Relativamente ao nível de escolaridade no grupo experimental 11 utentes (73,3%) tem o primeiro ciclo, 2 (13,3%) tem o segundo ciclo, 1 (6,7%) tem o terceiro ciclo e 1 (6,7%) tem o ensino secundário. No grupo de controlo 1 utente não foi à escola (6,7%), 11 utentes (73,3%) tem o primeiro ciclo, 2 (13,3%) tem o segundo ciclo e 1 (6,7%) frequentou o ensino superior.

As poucas diferenças entre os dois grupos não são significativas como podemos confirmar através do teste qui-quadrado onde $p=0,549$.

Tabela nº 8 - Distribuição do tempo de imobilidade pelos grupos em estudo

Tempo de imobilidade		Experimental	Controlo	Total
1 Mês	Número	3	3	6
	% Grupo	20,0%	20,0%	20,0%
2 Meses	Número	2	6	8
	% Grupo	13,3%	40,0%	26,7%
3 Meses	Número	6	2	8
	% Grupo	40,0%	13,3%	26,7%
4 Meses	Número	2	0	2
	% Grupo	13,3%	0,0%	6,7%
6 Meses	Número	1	3	4
	% Grupo	6,7%	20,0%	13,3%
7 Meses	Número	0	1	1
	% Grupo	0,0%	6,7%	3,3%
12 Meses	Número	1	0	1
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No que se refere ao tempo de imobilidade, no grupo experimental 3 utentes (20%) têm 1 mês de imobilidade, 2 utentes (13,3%) têm 2 meses, 6 utentes (40%) têm 3 meses de imobilidade, 2 utentes (13,3%) têm 4 meses, 1 utente (6,7%) tem 6 meses e por último 1 utente (6,7%) tem 12 meses de imobilidade. No grupo controlo 3 utentes (20%) têm 1 mês de imobilidade, 6 utentes (40%) têm 2 meses, 2 utentes (13,3%) têm 3 meses de imobilidade, 3 utentes (20%) têm 6 meses e 1 utente (6,7%) tem 7 meses de imobilidade.

Apesar das diferenças do tempo de imobilidade entre o grupo experimental e o grupo de controlo, através do teste qui-quadrado foi possível demonstrar que as diferenças não são significativas, $p=0,174$. Mais uma vez demonstra a semelhança entre os grupos.

4.2 – Diferenças entre grupos

Neste capítulo serão abordadas as diferenças entre os grupos antes dos cuidados de reabilitação e depois de serem assistidos por enfermeiros de reabilitação.

4.2.1 – Diferenças dos grupos antes dos cuidados de reabilitação

Tabela nº 9 - Distribuição da força muscular do membro superior direito antes dos cuidados de reabilitação nos grupos de estudo

Força muscular MSD	Experimental	Controlo	Total
0	0	5	5
2	0	4	4
3	3	1	4
4	5	1	6
5	7	4	11
Total	15	15	30

Relativamente ao membro superior direito no grupo experimental verificamos que 3 pacientes têm força grau 3, 5 pacientes têm força grau 4 e 7 pacientes força grau 5. No grupo de controlo 5 pacientes têm força grau 0, 4 pacientes força grau 2, 1 paciente força grau 3, 1 paciente força grau 4 e 4 pacientes força grau 5. Verifica-se diferenças significativas entre os grupos, uma vez que no teste qui-quadrado $p=0,009$, demonstrando assim que antes dos cuidados de reabilitação os grupos não eram semelhantes no que diz respeito à força no membro superior direito.

Tabela nº 10 - Distribuição da força muscular do membro superior esquerdo antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Força muscular MSE	Experimental	Controlo	Total
0	0	1	1
1	1	0	1
2	1	1	2
3	2	2	4
4	6	4	10
5	5	7	12
Total	15	15	30

Quanto ao membro superior esquerdo no grupo experimental 1 paciente tem força grau 1, 1 paciente tem força grau 2, 2 pacientes têm força grau 3, 6 pacientes têm força grau 4 e 5 pacientes têm força grau 5. No grupo de controlo 1 paciente tem força grau 0, 1 paciente tem força grau 2, 2 pacientes têm força grau 3, 4 pacientes têm força grau 4 e 7 pacientes têm força grau 5. Pode-se concluir que apesar das pequenas diferenças entre ambos os grupos, estas não são significativas, uma vez que no teste Qui-Quadrado $p = 0,741$.

Tabela nº 11 - Distribuição da força muscular do membro inferior direito antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Força muscular MI Direito	Experimental	Controlo	Total
0	0	4	4
1	0	1	1
2	0	4	4
3	7	2	9
4	4	2	6
5	4	2	6
Total	15	15	30

Relativamente ao membro inferior direito, no grupo experimental 7 pacientes têm força grau 3, 4 pacientes força grau 4 e 4 pacientes força grau 5. No grupo de controlo 4

pacientes têm força grau 0, 1 paciente força grau 1, 4 pacientes força grau 2, 2 pacientes força grau 3, 2 pacientes força grau 4 e 2 pacientes força grau 5. As diferenças entre os dois grupos são significativas, uma vez que no teste Qui-Quadrado $p=0,022$, demonstrando que os grupos antes dos cuidados de reabilitação não são semelhantes no que diz respeito à força no membro inferior direito.

Tabela nº12 - Distribuição da força muscular do membro inferior esquerdo antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Força muscular MI esquerdo	Experimental	Controlo	Total
0	0	1	1
2	1	2	3
3	3	2	5
4	9	3	12
5	2	7	9
Total	15	15	30

No que diz respeito ao membro inferior esquerdo verificamos que no grupo experimental 1 paciente tem força grau 2, 3 pacientes têm força grau 3, 9 pacientes têm força grau 4 e 2 pacientes têm força grau 5. No grupo controlo 1 paciente tem força grau 0, 2 pacientes têm força grau 2, 2 pacientes têm força grau 3, 3 pacientes força grau 4 e 7 pacientes têm força grau 5. Sendo assim, apesar das diferenças existentes entre os grupos estas não são significativas isto porque segundo o teste Qui-Quadrado $p= 0,120$.

Relativamente à sensibilidade foi possível verificar que não existem dados suficientes para obtermos conclusões uma vez que a maioria dos pacientes não apresentavam défices de sensibilidade.

Tabela nº 13 - Distribuição da dependência do autocuidado alimentação antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Alimentação		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Nº	0	4	4
	% Grupo	0,0%	26,7%	13,3%
Ajuda	Nº	13	9	22
	% Grupo	86,7%	60,0%	73,3%
Independente	Nº	2	2	4
	% Grupo	13,3%	13,3%	13,3%
Total	Nº	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Através da aplicação do índice de barthel, no autocuidado alimentação verificamos que no grupo experimental 13 pacientes (86,7%) necessitavam de ajuda e 2 (13,3%) eram independentes. No grupo controlo 4 pacientes (26,7%) eram dependentes, 9 (60%) necessitavam de ajuda e 2 (13,3%) eram independentes. Neste autocuidado verificamos que apesar das diferenças entre os grupos, estas não são significativas ($p=0,094$).

No autocuidado banho verifica-se que em ambos os grupos os doentes são todos (100%) dependentes, não havendo assim quaisquer diferenças entre os dois grupos neste autocuidado.

Tabela nº 14 - Distribuição da dependência do autocuidado vestir antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Vestir		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Nº	6	9	15
	% Grupo	40,0%	60,0%	50,0%
Necessita de ajuda	Nº	9	5	14
	% Grupo	60,0%	33,3%	46,7%
Independente	Nº	0	1	1
	% Grupo	0,0%	6,7%	3,3%
Total	Nº	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Quanto ao autocuidado vestir-se, verificamos que no grupo experimental 6 pacientes (40%) são dependentes e 9 pacientes (60%) necessitam de ajuda. No grupo de controlo 9 pacientes (60%) são dependentes, 5 (33,3%) necessitam de ajuda e 1 (6,7%) é independente. Neste autocuidado as diferenças entre os grupos não são significativas, uma vez que segundo o teste Qui-Quadrado $p=0,254$.

Tabela nº 15 - Distribuição da dependência do autocuidado higiene pessoal antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Higiene pessoal		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Nº	13	14	27
	% Grupo	86,7%	93,3%	90,0%
Independente	Nº	2	1	3
	% Grupo	13,3%	6,7%	10,0%
Total	Nº	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado higiene pessoal, verificamos que no grupo experimental 13 utentes (86,7%) são dependentes e 2 utentes (13,3%) são independentes. Quanto ao grupo de controlo 14 utentes (93,3%) são dependentes e apenas 1 utente é independente (6,4%). Recorrendo ao

teste do qui-quadrado verificamos que as diferenças entre os grupos antes dos cuidados de reabilitação no que se refere ao autocuidado higiene pessoal não são estatisticamente significativas ($p=0,0543$).

Tabela nº 16 - Distribuição da dependência do autocuidado eliminação intestinal antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Dejeções		Experimental	Controlo	Total
Incontinente	Nº	1	10	11
	% Grupo	6,7%	66,7%	36,7%
Incontinente ocasional	Nº	4	2	6
	% Grupo	26,7%	13,3%	20,0%
Continente	Nº	10	3	13
	% Grupo	66,7%	20,0%	43,3%
Total	Nº	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Relativamente ao autocuidado eliminação intestinal foi possível verificar que no grupo experimental 1 utente (6,7%) é incontinente, 4 utentes (26,7%) é incontinente ocasional e 10 utentes (66,7%) é continentes. Quanto ao grupo de controlo 10 utentes (66,7%) são incontinentes, 2 utentes (13,3%) são incontinentes ocasionalmente e 3 utentes (20%) são continentes. As diferenças entre os grupos neste autocuidado são estatisticamente significativas uma vez que segundo o teste de Qui-Quadrado $p=0,003$.

Tabela nº 17 - Distribuição da dependência do autocuidado eliminação vesical antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Micção		Experimental	Controlo	Total
Incontinente	Número	1	10	11
	% Grupo	6,7%	66,7%	36,7%
Incontinente ocasional	Número	9	4	13
	% Grupo	60,0%	26,7%	43,3%
Continente	Número	5	1	6
	% Grupo	33,3%	6,7%	20,0%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado eliminação vesical no grupo experimental 1 utente (6,7%) é incontinente, 9 utentes (60%) são incontinentes ocasionalmente e 5 utentes (33,3%) são continentes. No grupo de controlo 10 utentes (66,7%) são incontinentes, 4 utentes (26,7%) são incontinentes ocasionalmente e 1 utente (6,7%) é continente. Segundo o teste qui-quadrado $p=0,003$ logo as diferenças entre os grupos antes dos cuidados de reabilitação neste autocuidado são estatisticamente significativas, o que demonstra que neste autocuidado os grupos não eram semelhantes.

Tabela nº 18 - Distribuição da dependência do autocuidado uso do sanitário antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Uso do sanitário		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	5	9	14
	% Grupo	33,3%	60,0%	46,7%
Necessita de ajuda	Número	10	6	16
	% Grupo	66,7%	40,0%	53,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado uso do sanitário verificamos que no grupo experimental 5 utentes (33,3%) são dependentes e 10 (66,7%) necessitam de ajuda. No grupo de controlo 9 utentes (60%) são dependentes e 6 (40%) necessitam de ajuda. Segundo o teste do qui-quadrado verificamos que as diferenças entre os grupos neste autocuidado não são estatisticamente significativas uma vez que $p=0,143$.

Tabela nº 19 - Distribuição da dependência do autocuidado transferência cadeira-cama antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Passagem cadeira cama		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	4	8	12
	% Grupo	26,7%	53,3%	40,0%
Grande ajuda	Número	6	4	10
	% Grupo	40,0%	26,7%	33,3%
Ajuda mínima	Número	5	3	8
	% Grupo	33,3%	20,0%	26,7%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado transferência cadeira-cama e vice-versa verificamos que no grupo experimental 4 utentes (26,7%) são dependentes, 6 utentes (40%) necessitam de uma grande ajuda e 5 utentes (33,3%) necessitam de ajuda mínima. No grupo controlo 8 utentes (53,3%) são dependentes, 4 utentes (26,7%) necessitam de uma grande ajuda e 3 utentes (20%) de ajuda mínima. Através do teste qui-quadrado verificamos que $p=0,327$, logo as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela nº 20 - Distribuição da dependência do autocuidado andar antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Deambulação		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	9	12	21
	% Grupo	60,0%	80,0%	70,0%
Grande ajuda	Número	2	1	3
	% Grupo	13,3%	6,7%	10,0%
Ajuda mínima	Número	3	2	5
	% Grupo	20,0%	13,3%	16,7%
Independente	Número	1	0	1
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado andar verificamos que no grupo experimental 9 utentes (60%) são dependentes, 2 utentes (13,3%) necessitam de uma grande ajuda, 3 utentes (20%) necessitam de ajuda mínima e 1 utente (6,7%) é independente. No grupo de controlo 12 utentes (80%) são dependentes, 1 utente (6,7%) necessita de uma grande ajuda e 2 utentes (13,3%) necessitam de ajuda mínima. Segundo o teste qui-quadrado foi possível concluir que as diferenças neste autocuidado não são estatisticamente significativas, uma vez que $p=0,528$.

Tabela nº 21 - Distribuição da dependência do autocuidado subir/descer escadas antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Escadas		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	11	12	23
	% Grupo	73,3%	80,0%	76,7%
Necessita de ajuda	Número	3	3	6
	% Grupo	20,0%	20,0%	20,0%
Independente	Número	1	0	1
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado subir/descer escadas verificamos que no grupo experimental 11 utentes (73,3%) são dependentes, 3 utentes (20%) necessitam de ajuda e 1 utente (6,7%) é independente. No grupo de controlo verificamos que 12 utentes (80%) são dependentes e 3 utentes (20%) necessitam de ajuda. Segundo o teste qui-quadrado $p=0,593$, logo as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela nº 22 - Distribuição da avaliação do equilíbrio sentado antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Avaliação do Equilíbrio			Experimental	Controlo	Total
Equilíbrio sentado P = 0,032	Escorrega	% Grupo	0,0%	26,7%	13,3%
	Equilíbrio	% Grupo	100,0%	73,3%	86,7%
Mobilidade e equilíbrio levantado P = 0,065	Incapaz	% Grupo	20,0%	60,0%	40,0%
	Usa os braços	% Grupo	73,3%	40,0%	56,7%
	Sem braços	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Tentativa de levantar P = 0,254	Incapaz	% Grupo	33,3%	60,0%	46,7%
	Mais de uma tentativa	% Grupo	60,0%	40,0%	50,0%
	Única tentativa	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Mobilidade e equilíbrio assim que levanta	Desequilibrado	% Grupo	66,7%	66,7%	66,7%
	Estável mas usa suporte	% Grupo	33,3%	33,3%	33,3%
Mobilidade e equilíbrio Equilíbrio de pé P = 0,068	Desequilibrado	% Grupo	66,7%	93,3%	80,0%
	Suporta ou base de sustentação > 12cm	% Grupo	33,3%	6,7%	20,0%
Mobilidade e equilíbrio teste 3 tempos P = 0,032	Começa a cair	% Grupo	73,3%	100,0%	86,7%
	Agarra ou balança	% Grupo	26,7%	0,0%	13,3%
Mobilidade e equilíbrio olhos fechados P = 0,309	Desequilíbrio instável	% Grupo	93,3%	100,0%	96,7%
	Equilíbrio	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Mobilidade e equilíbrio Girar 360º	Passos descontínuos	% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
Mobilidade e equilíbrio sentado P = 0,329	Inseguro	% Grupo	46,7%	73,3%	60,0%
	Usa os braços ou movimentos abruptos	% Grupo	40,0%	20,0%	30,0%
	Seguro e suave	% Grupo	13,3%	6,7%	10,0%

Na avaliação do equilíbrio sentado através da escala de Tinetti, foi possível verificar que antes dos cuidados de reabilitação as diferenças entre os grupos não eram estatisticamente significativas uma vez que na maioria dos itens da escala o valor de “p” é superior a 0,05, exceto no equilíbrio sentado e na mobilidade e equilíbrio teste dos 3 tempos.

Tabela nº 23 - Distribuição da avaliação da marcha antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Avaliação da Marcha			Experimental	Controlo	Total
Início da Marcha P = 0,309	Hesitação ou várias tentativas	% Grupo	93,3%	100,0%	96,7%
	Sem hesitação	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Comprimento e altura dos passos (pé direito) P = 0,099	Não ultrapassa o pé esquerdo	% Grupo	60,0%	86,7%	73,3%
	Ultrapassa o pé esquerdo	% Grupo	40,0%	13,3%	26,7%
	Não sai completamente do chão	% Grupo	60,0%	93,3%	76,7%
	Sai completamente do chão	% Grupo	40,0%	6,7%	23,3%
Comprimento e altura dos passos (pé esquerdo) P = 0,031	Não ultrapassa o pé esquerdo	% Grupo	60,0%	93,3%	76,7%
	Ultrapassa o pé esquerdo	% Grupo	40,0%	6,7%	23,3%
	Não sai completamente do chão	% Grupo	60,0%	93,3%	76,7%
	Sai completamente do chão	% Grupo	40,0%	6,7%	23,3%
Simetria dos Passos P = 0,143	Passos diferentes	% Grupo	86,7%	100,0%	93,3%
	Passos semelhantes	% Grupo	13,3%	0,0%	6,7%
Continuidade dos passos P = 0,068	Paradas ou passos descontínuos	% Grupo	80,0%	100,0%	90,0%
	Passos contínuos	% Grupo	20,0%	0,0%	10,0%
Direção P = 0,024	Desvio nítido	% Grupo	60,0%	100,0%	80,0%
	Desvio leve	% Grupo	33,3%	0,0%	16,7%
	Linha reta sem apoio	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Tronco P = 0,309	Balanço grave	% Grupo	93,3%	100,0%	96,7%
	Flexão dos joelhos	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Distância dos tornozelos P = 0,143	Tornozelos separados	% Grupo	86,7%	100,0%	93,3%
	Tornozelos quase se tocam	% Grupo	13,3%	0,0%	6,7%

Na avaliação da marcha através da escala de Tinetti verificamos que as diferenças entre os grupos antes dos cuidados de reabilitação não são estatisticamente significativas. Através do teste qui-quadrado o valor de “p” na maioria dos itens é superior a 0,05 e apesar das pequenas diferenças entre o grupo experimental e de controlo estas não são significativas, exceto no comprimento e altura dos passos do pé esquerdo e na direção.

Tabela nº 24 - Distribuição do risco de quedas antes dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Avaliação de quedas			Experimen tal	Controlo	Total
História de quedas nos últimos 3 meses P = 0,143	Não	% Grupo	60,0%	33,3%	46,7%
	Sim	% Grupo	40,0%	66,7%	53,3%
Diagnóstico Secundário	Sim	% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
Ajuda na Mobilização P = 0,284	Acamado/Repouso no leito	% Grupo	60,0%	66,7%	63,3%
	Bengala/Andarilho/Canadiana	% Grupo	13,3%	26,7%	20,0%
	Aparelho/Equipamento	% Grupo	26,7%	6,7%	16,7%
Terapia Endovenosa	Não	% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
Marcha P = 0,177	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	% Grupo	33,3%	66,7%	50,0%
	Lenta	% Grupo	20,0%	13,3%	16,7%
	Alterada/Cambaleante	% Grupo	46,7%	20,0%	33,3%
Estado Mental P = 0,01	Orientado	% Grupo	80,0%	33,3%	56,7%
	Desorientado/Confuso	% Grupo	20,0%	66,7%	43,3%

Quanto ao risco de queda é possível verificar que as diferenças entre os grupos não são significativas antes dos cuidados de reabilitação. Em todos os itens da escala de Morse verifica-se que através da aplicação do teste do qui-quadrado o valor de “p” é superior a 0,05, exceto no estado mental em que $p=0,01$.

4.2.2 Diferenças dos grupos depois de serem assistidos por enfermeiros de reabilitação

Neste capítulo procedemos à análise e apresentação dos resultados obtidos com base na colheita de dados efetuada. Esta apresentação é baseada na comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo no último momento de avaliação, com

intuito de verificar os ganhos obtidos com o programa de reabilitação implementado ao grupo experimental.

Tabela nº 25 - Distribuição da força muscular do membro superior direito nos grupos em estudo após os cuidados de reabilitação

Grupo		Força muscular Membro superior direito					Total
Experimental	Número	0	0	0	3	12	15
	% Grupo	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
Controlo	Número	5	4	1	1	4	15
	% Grupo	33,3%	26,7%	6,7%	6,7%	26,7%	100,0%
Total	Número	5	4	1	4	16	30
	% Total	16,7%	13,3%	3,3%	13,3%	53,3%	100,0%

Relativamente ao membro superior direito no grupo experimental verificamos que 3 pacientes (20%) têm força grau 4, 12 pacientes têm força grau 5. No grupo de controlo 5 pacientes (33,3%) têm força grau 0, 4 pacientes (26,7%) força grau 2, 1 paciente (6,7%) força grau 3, 1 paciente (6,7%) força grau 4 e 4 pacientes (13,3%) força grau 5. Verifica-se diferenças entre os grupos após os cuidados de reabilitação e estas são estatisticamente significativas uma vez que no teste qui-quadrado $p=0,005$, o que evidencia ganhos na força muscular no membro superior direito.

Tabela nº 26- Distribuição da força muscular do membro superior esquerdo nos grupos em estudo após os cuidados de reabilitação

Grupo		Força muscular Membro superior esquerdo					Total
Experimental	Número	0	1	1	2	11	15
	% Grupo	0,0%	6,7%	6,7%	13,3%	73,3%	100,0%
Controlo	Número	1	1	2	4	7	15
	% Grupo	6,7%	6,7%	13,3%	26,7%	46,7%	100,0%
Total	Número	1	2	3	6	18	30
	% Total	3,3%	6,7%	10,0%	20,0%	60,0%	100,0%

Quanto ao membro superior esquerdo no grupo experimental 1 paciente (6,7%) tem força grau 2, 1 paciente (6,7%) tem força grau 3, 2 pacientes (13,3%) têm força grau 4, 11 pacientes (73,3%) têm força grau 5. No grupo de controlo 1 paciente (6,7%) tem força grau 0, 1 paciente (6,7%) tem força grau 2, 2 pacientes (13,3%) têm força grau 3, 4 pacientes (26,7%) têm força grau 4 e 7 pacientes (46,7%) têm força grau 5. Pode-se concluir que apesar das diferenças entre ambos os grupos após os cuidados de reabilitação, estas não são estatisticamente significativas, uma vez que no teste qui-quadrado $p = 0,577$.

Tabela nº 27 - Distribuição da força muscular do membro inferior direito nos grupos em estudo após os cuidados de reabilitação

Grupo		Força muscular Membro inferior direito					Total
Experimental	Número	0	0	0	7	8	15
	% Grupo	0,0%	0,0%	0,0%	46,7%	53,3%	100,0%
Controlo	Número	4	4	2	2	3	15
	% Grupo	26,7%	26,7%	13,3%	13,3%	20,0%	100,0%
Total	Número	4	4	2	9	11	30
	% Total	13,3%	13,3%	6,7%	30,0%	36,7%	100,0%

Relativamente ao membro inferior direito, no grupo experimental 7 pacientes (46,7%) têm força grau 4 e 8 pacientes (53,3%) força grau 5. No grupo de controlo 4 pacientes (26,7%) têm força grau 0, 4 pacientes (26,7%) força grau 2, 2 pacientes (13,3%) força grau 3, 2 pacientes (13,3%) força grau 4 e 3 pacientes (20%) força grau 5. Após os cuidados de reabilitação verificou-se diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas, uma vez que no teste qui-quadrado $p = 0,005$, o que demonstra ganhos na força muscular do membro inferior direito.

Tabela nº 28 - Distribuição da força muscular do membro inferior esquerdo nos grupos em estudo após os cuidados de reabilitação

Grupo		Força muscular Membro inferior esquerdo					Total
Experimental	Número	0	0	0	4	11	15
	% Grupo	0,0%	0,0%	0,0%	26,7%	73,3%	100,0%
Controlo	Número	1	2	2	3	7	15
	% Grupo	6,7%	13,3%	13,3%	20,0%	46,7%	100,0%
Total	Número	1	2	2	7	18	30
	% Total	3,3%	6,7%	6,7%	23,3%	60,0%	100,0%

No que diz respeito ao membro inferior esquerdo verificamos que no grupo experimental 4 pacientes (26,7%) têm força grau 4 e 11 pacientes (73,7%) têm força grau 5. No grupo controlo 1 paciente (6,7%) tem força grau 0, 2 pacientes (13,3%) têm força grau 2, 2 pacientes (13,3%) têm força grau 3, 3 pacientes (20%) força grau 4 e 7 pacientes 846,7%) têm força grau 5. Após os cuidados de reabilitação verificou-se uma evolução positiva no grupo experimental. Apesar das diferenças existentes entre os grupos estas não são estatisticamente significativas isto porque segundo o teste qui-quadrado $p = 0,197$.

Tabela nº 29 - Distribuição do autocuidado alimentar-se depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Alimentação		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	0	3	3
	% Grupo	0,0%	20,0%	10,0%
Ajuda	Número	0	8	8
	% Grupo	0,0%	53,3%	26,7%
Independente	Número	15	4	19
	% Grupo	100,0%	26,7%	63,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Através da aplicação do índice de barthel, no autocuidado alimentação verificamos que no

grupo experimental 15 pacientes (100%) após os cuidados de reabilitação são independentes. No grupo controlo 3 pacientes (20%) são dependentes, 8 (53,3%) necessitam de ajuda e 4 (26,7%) são independentes. Neste autocuidado verificamos que após os cuidados de reabilitação existem diferenças estatisticamente significativas neste autocuidado, uma vez que segundo o teste qui-quadrado $p=0,000$, demonstrando uma associação perfeita face ao valor de p .

Tabela nº 30 - Distribuição do autocuidado banho depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Banho		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	5	14	18
	% Grupo	33,3%	93,3%	60,0%
Independente	Número	10	1	11
	% Grupo	66,7%	6,7%	36,7%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado banho verifica-se que no grupo experimental 5 utentes (33,3%) são dependentes e 10 utentes (66,7%) são independentes. No grupo de controlo 14 utentes (93,3%) são dependentes e 1 utente (6,7%) é independente. Através do teste qui-quadrado é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos após os cuidados de reabilitação, uma vez que $p= 0,001$.

Tabela nº 31 - Distribuição do autocuidado vestir-se depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Vestir		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	0	7	7
	% Grupo	0,0%	46,7%	23,3%
	% Total	0,0%	23,3%	23,3%
Necessita de ajuda	Número	5	7	12
	% Grupo	33,3%	46,7%	40,0%
Independente	Número	10	1	11
	% Grupo	66,7%	6,7%	36,7%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Quanto ao autocuidado vestir-se, verificamos que no grupo experimental 5 pacientes (33,3%) necessitam de ajuda e 10 utentes (66,7%) são independentes. No grupo de controlo 7 pacientes (46,7%) são dependentes, 7 utentes (46,7%) necessitam de ajuda e 1 utente (6,7%) é independente. Neste autocuidado as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, uma vez que segundo o teste qui-quadrado $p=0,001$.

Tabela nº 32 - Distribuição do autocuidado higiene pessoal depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Higiene pessoal		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	0	13	13
	% Grupo	0,0%	86,7%	43,3%
Independente	Número	15	2	17
	% Grupo	100,0%	13,3%	56,7%
	% Total	50,0%	6,7%	56,7%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado higiene pessoal, verificamos que no grupo experimental 15 utentes (100%)

são independentes. Quanto ao grupo de controlo 13 utentes (86,7%) são dependentes e 2 utentes são independente (13,3%). Recorrendo ao teste do qui-quadrado verificamos que as diferenças entre os grupos depois dos cuidados de reabilitação no que se refere ao autocuidado higiene pessoal são estatisticamente significativas ($p=0,000$), demonstrando uma associação perfeita face ao valor de p .

Tabela nº 33 - Distribuição do autocuidado eliminação intestinal depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Dejeções		Experimental	Controlo	Total
Incontinente	Número	0	8	8
	% Grupo	0,0%	53,3%	26,7%
Incontinente ocasional	Número	0	4	4
	% Grupo	0,0%	26,7%	13,3%
Continente	Número	15	3	18
	% Grupo	100,0%	20,0%	60,0%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

Relativamente ao autocuidado eliminação intestinal foi possível verificar que no grupo experimental 15 utentes (100%) são continentes. Quanto ao grupo de controlo 8 utentes (53,3%) são incontinentes, 4 utentes (26,7%) são incontinentes ocasionalmente e 3 utentes (20%) são continentes. As diferenças entre os grupos neste autocuidado são estatisticamente significativas uma vez que segundo o teste de qui-quadrado $p=0,000$, evidenciando uma associação perfeita face ao valor de p .

Tabela nº 34 - Distribuição do autocuidado eliminação vesical depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Micção		Experimental	Controlo	Total
Incontinente	Número	0	8	8
	% Grupo	0,0%	53,3%	26,7%
Incontinente ocasional	Número	0	5	5
	% Grupo	0,0%	33,3%	16,7%
	% Total	0,0%	16,7%	16,7%
Continente	Número	15	2	17
	% Grupo	100,0%	13,3%	56,7%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado eliminação vesical no grupo experimental 15 utentes (100%) são continentes. No grupo de controlo 8 utentes (53,3%) são incontinentes, 5 utentes (33,3%) são incontinentes ocasionalmente e 2 utente (13,3%) é continente. Segundo o teste qui-quadrado $p=0,000$ logo as diferenças entre os grupos depois dos cuidados de reabilitação neste autocuidado são estatisticamente significativas, demonstrando uma associação perfeita face ao valor de p .

Tabela nº 35 - Distribuição do autocuidado uso do sanitário depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Uso do sanitário		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	0	7	7
	% Grupo	0,0%	46,7%	23,3%
Necessita de ajuda	Número	1	6	7
	% Grupo	6,7%	40,0%	23,3%
Independente	Número	14	2	16
	% Grupo	93,3%	13,3%	53,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado uso do sanitário verificamos que no grupo experimental 1 utente (6,7%) necessitam de ajuda e 14 (93,3%) são independentes. No grupo de controlo 7 utentes (46,7%) são dependentes e 6 (40%) necessitam de ajuda e 2 utentes são independentes (13,3%). Segundo o teste do qui-quadrado verificamos que as diferenças entre os grupos neste autocuidado são estatisticamente significativas uma vez que $p=0,000$, evidenciando uma associação perfeita face ao valor de p .

Tabela nº 36 - Distribuição do autocuidado transferência cadeira-cama e vice-versa depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Passagem cadeira cama		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	0	6	6
	% Grupo	0,0%	40,0%	20,0%
Grande ajuda	Número	0	3	3
	% Grupo	0,0%	20,0%	10,0%
Ajuda mínima	Número	4	6	10
	% Grupo	26,7%	40,0%	33,3%
Independente	Número	11	0	11
	% Grupo	73,3%	0,0%	36,7%
Total	Número	15	15	30
	% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%

No autocuidado transferência cadeira-cama e vice-versa verificamos que no grupo experimental 4 utentes (26,7%) são necessitam de ajuda mínima e 11 utentes são independentes. No grupo controlo 6 utentes (40%) são dependentes, 3 utentes (20%) necessitam de uma grande ajuda e 6 utentes (40%) de ajuda mínima. Através do teste qui-quadrado verificamos que $p=0,000$, logo as diferenças entre os grupos após os cuidados de reabilitação são estatisticamente significativas, demonstrando uma associação perfeita face ao valor de p .

Tabela nº 37 - Distribuição do autocuidado andar depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Deambulação		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	0	10	10
	% Grupo	0,0%	66,7%	33,3%
Grande ajuda	Número	1	0	1
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Ajuda mínima	Número	2	4	6
	% Grupo	13,3%	26,6%	20,0%
Independente	Número	12	1	13
	% Grupo	80,0%	6,7%	43,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado andar verificamos que no grupo experimental 1 utente (6,7%) necessita de uma grande ajuda, 2 utentes (13,3%) necessitam de ajuda mínima e 12 utentes (80%) é independente. No grupo de controlo 10 utentes (66,7%) são dependentes, 4 utentes (26,6%) necessitam de ajuda mínima e 1 utente (6,7%) é independente. Segundo o teste qui-quadrado foi possível concluir que as diferenças entre grupos neste autocuidado após os cuidados de reabilitação são estatisticamente significativas, uma vez que $p=0,000$, evidenciando uma associação perfeita face ao valor de p .

Tabela nº 38 - Distribuição do autocuidado subir/descer escadas depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Escadas		Experimental	Controlo	Total
Dependente	Número	1	10	11
	% Grupo	6,7%	66,7%	36,7%
Necessita de ajuda	Número	7	5	12
	% Grupo	46,7%	33,3%	40,0%
Independente	Número	7	0	4
	% Grupo	46,7%	0,0%	13,3%
Total	Número	15	15	30
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%

No autocuidado subir/descer escadas verificamos que no grupo experimental 1 utente (6,7%) é dependente, 7 utentes (46,7%) necessitam de ajuda e 7 utentes (46,7%) são independentes. No grupo de controlo verificamos que 10 utentes (66,7%) são dependentes e 5 utentes (33,3%) necessitam de ajuda. Segundo o teste qui-quadrado $p=0,002$, logo as diferenças entre os dois grupos após os cuidados de reabilitação são estatisticamente significativas.

Tabela nº 39 - Distribuição do equilíbrio sentado depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Equilíbrio Sentado			Experimental	Controlo	Total
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio - Equilíbrio sentado P = 0,032	Escorrega	% Grupo	0,0%	26,7%	13,3%
	Equilíbrio	% Grupo	100,0%	73,3%	86,7%
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio levantado P = 0,001	Incapaz	% Grupo	0,0%	46,7%	23,3%
	Usa os braços	% Grupo	60,0%	53,3%	56,7%
	Sem braços	% Grupo	40,0%	0,0%	20,0%
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio tentativa de levantar P = 0,000	Incapaz	% Grupo	0,0%	46,7%	23,3%
	Mais de uma tentativa	% Grupo	20,0%	53,3%	36,7%
	Única tentativa	% Grupo	80,0%	0,0%	40,0%
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio assim que levanta P = 0,001	Desequilibrado	% Grupo	6,7%	60,0%	33,3%
	Estável mas usa suporte	% Grupo	46,7%	40,0%	43,3%
	Estável sem suporte	% Grupo	46,7%	0,0%	23,3%
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio Equilíbrio de pé P = 0,000	Desequilibrado	% Grupo	6,7%	80,0%	43,3%
	Suporta ou base de sustentação > 12cm	% Grupo	60,0%	20,0%	40,0%
	Sem suporte e base estreita	% Grupo	33,3%	0,0%	16,7%
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio teste 3 tempos P = 0,000	Começa a cair	% Grupo	6,7%	86,7%	46,7%
	Agarra ou balança	% Grupo	60,0%	13,3%	36,7%
	Equilibrado	% Grupo	33,3%	0,0%	16,7%
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio olhos fechados P = 0,000	Desequilíbrio instável	% Grupo	13,3%	86,7%	50,0%
	Equilíbrio	% Grupo	86,7%	13,3%	50,0%
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio Gira 360 passos P = 0,002	Passos descontínuos	% Grupo	40,0%	93,3%	66,7%
	Passos contínuos	% Grupo	60,0%	6,7%	33,3%
Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio sentado P = 0,000	Inseguro	% Grupo	0,0%	60,0%	30,0%
	Usa os braços ou movimentos abruptos	% Grupo	0,0%	26,7%	13,3%
	Seguro e suave	% Grupo	100,0%	13,3%	56,7%

Na avaliação do equilíbrio sentado através da escala de Tinetti, foi possível verificar que depois dos cuidados de reabilitação as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas uma vez que em todos os itens da escala o valor de “p” é inferior a 0,05.

Tabela nº 40 - Distribuição da avaliação da marcha depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Avaliação da marcha			Experimental	Controlo	Total
Início da Marcha P = 0,000	Hesitação ou várias tentativas	% Grupo	13,3%	86,7%	50,0%
	Sem hesitação	% Grupo	86,7%	13,3%	50,0%
Comprimento e altura dos passos pé direito P = 0,002	Não ultrapassa o pé esquerdo	% Grupo	6,7%	60,0%	33,3%
	Ultrapassa o pé eq.	% Grupo	93,3%	40,0%	66,7%
	Não sai completamente do chão	% Grupo	6,7%	60,0%	33,3%
	Sai completamente do chão	% Grupo	93,3%	40,0%	66,7%
Comprimento e altura dos passos pé esquerdo P = 0,002	Não ultrapassa o pé esquerdo	% Grupo	6,7%	60,0%	33,3%
	Ultrapassa o pé eq.	% Grupo	93,3%	40,0%	66,7%
	Não sai completamente do chão	% Grupo	6,7%	60,0%	33,3%
	Sai completamente do chão	% Grupo	93,3%	40,0%	66,7%
Simetria dos Passos P = 0,000	Passos diferentes	% Grupo	13,3%	93,3%	53,3%
	Passos semelhantes	% Grupo	86,7%	6,7%	46,7%
Continuidade dos passos P = 0,000	Paradas ou passos descontínuos	% Grupo	13,3%	86,7%	50,0%
	Passos contínuos	% Grupo	86,7%	13,3%	50,0%
Direção P = 0,000	Desvio nítido	% Grupo	6,7%	86,7%	46,7%
	Desvio leve	% Grupo	80,0%	13,3%	46,7%
	Linha reta sem apoio	% Grupo	13,3%	0,0%	6,7%
Tronco P = 0,000	Balanço grave	% Grupo	6,7%	93,3%	50,0%
	Flexão dos joelhos	% Grupo	86,7%	6,7%	46,7%
Distância dos tornozelos P = 0,000	Tornozelos separados	% Grupo	26,7%	100,0%	63,3%
	Tornozelos quase se tocam	% Grupo	73,3%	0,0%	36,7%

Na avaliação da marcha através da escala de Tinetti verificamos que as diferenças entre os grupos depois dos cuidados de reabilitação são estatisticamente significativas. Através do teste qui-quadrado o valor de “p” em todos os itens é inferior a 0,05.

Tabela nº 41 - Distribuição do risco de queda depois dos cuidados de reabilitação nos grupos em estudo

Risco de queda			Experimental	Controlo	Total
História de quedas nos últimos 3 meses P = 0,032	Não	% Grupo	100,0%	73,3%	86,7%
	Sim	% Grupo	0,0%	26,7%	13,3%
Diagnóstico Secundário	Sim	% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
Ajuda na Mobilização P = 0,050	Acamado/Repouso no leito	% Grupo	13,3%	53,3%	33,3%
	Bengala/Andarilho/Canadiana	% Grupo	60,0%	40,0%	50,0%
	Aparelho/Equipamento	% Grupo	26,7%	6,7%	16,7%
Terapia Endovenosa	Não	% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
Marcha P = 0,014	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	% Grupo	13,3%	46,7%	30,0%
	Lenta	% Grupo	80,0%	26,7%	53,3%
	Alterada/Cambaleante	% Grupo	6,7%	26,7%	16,7%
Estado Mental P = 0,001	Orientado	% Grupo	100,0%	33,3%	66,7%
	Desorientado/Confuso	% Grupo	0,0%	66,7%	33,3%

Quanto ao risco de queda é possível verificar que as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas após os cuidados de reabilitação. Em todos os itens da escala de Morse verifica-se que através da aplicação do teste do qui-quadrado o valor de “p” é inferior a 0,05, com exceção do diagnóstico secundário onde todos os utentes de ambos os grupos tem um diagnóstico secundário.

Em síntese os ganhos com os cuidados de reabilitação são evidentes embora o grupo seja de pequenas dimensões.

5 – GANHOS COM A INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

Pretende-se com este subcapítulo interpretar os dados obtidos, relacionando-os com o enquadramento teórico resultante da revisão bibliográfica e confrontando-os com os resultados de estudos anteriormente desenvolvidos. Esta fase exige uma reflexão intensa e uma análise profunda em todo o processo de investigação (Fortin,2009).

Apesar da natureza do estudo quase-experimental possibilitar o estabelecimento de relações causa-efeito, o que se pretende essencialmente com este estudo é analisar as diferenças da independência dos idosos quando cuidados por enfermeiros de reabilitação e enfermeiros generalistas. Ou seja, os ganhos em saúde obtidos através dos cuidados prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Os ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores de saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução. Os ganhos em saúde expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde. (DGS)

A produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados para a saúde das populações constitui uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e para a qualidade dos cuidados por estes prestados.

Os cuidados de Enfermagem e Reabilitação constituem uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades.

Os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, demonstram o estado, comportamento ou perceção variável e mensurável de um utente, que é amplamente influenciado pelas intervenções de enfermagem que dependem da conceção do

enfermeiro, de acordo com os mandatos sociais com que a enfermagem está investida (Sue M., Marion J., Meridean M., Elizabeth S., 2010).

Os ganhos em saúde calculados através de indicadores revelam a pertinência dos cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem em reabilitação. Sendo assim, através da implementação de um programa de reabilitação a um grupo de idosos internados obtivemos resultados que demonstram que o enfermeiro especialista em reabilitação é um elemento fundamental na equipa multidisciplinar.

Relativamente à amostra do estudo, esta é constituída por 30 participantes (15 no grupo controlo e 15 no grupo experimental). Em ambos os grupos verifica-se uma maior prevalência do sexo feminino, com uma percentagem de 53,3% no grupo experimental e 66,7% no grupo de controlo.

A média de idades da amostra é de 75,3, o que significa estarmos na presença de indivíduos com elevada probabilidade de serem portadores de doença crónica e elevados níveis de incapacidade. Para Clark e Murray (2001) mais de 60% dos adultos comprometidos funcionalmente através de doença crónica têm 65 anos ou mais. Segundo Radwanski e Hoeman (2000) três quartos das pessoas com mais de 75 anos têm pelo menos uma limitação na sua capacidade de desempenhar as atividades de vida diária.

Segundo Clark e Murray (2001) o processo de envelhecimento normal envolve um declínio insidioso e gradual das capacidades orgânicas, tem como características a diminuição do controlo homeostático, diminuição da capacidade de adaptação a diferentes ambientes e diminuição da capacidade de responder ao stress. Este declínio resulta de um aumento de vulnerabilidade a doenças e acidentes. Mais de metade da amostra (18 utentes) tem como diagnóstico AVC, para Ryerson (2010), dois terços de todos os AVC's ocorrem em pessoas com mais de 65 anos, sendo que, depois dos 55, o risco dobra a cada 10 anos. As doenças cardiovasculares são uma importante causa de imobilidade, tal como referem Dantas, Bello, Barreto e Lima (2013) as doenças cardiovasculares, hipertensão, AVC, diabetes, entre outras são patologias que mais afetam a população idosa. Por sua vez Rodrigues et al (2008) estudaram a morbilidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos, sendo a maioria pacientes com as patologias de hipertensão arterial, dislipidémia, artrose, artrite, diabetes e chegaram à conclusão que as que, interferiram mais nas AVD's foram o AVC, catarata e osteoporose. Corroborando com este estudo onde a patologia em maior número presente na amostra é AVC. Na restante amostra o diagnóstico é do foro ortopédico.

Quanto à escolaridade, em ambos os grupos verifica-se que a maioria dos participantes têm o primeiro ciclo, com uma percentagem de 73,3% em ambos os grupos. A falta de conhecimentos ou a negligência de sinais e sintomas de algumas patologias levam ao atraso na procura de ajuda médica.

O prestador de cuidados de cada utente pertencente à amostra também foi identificado, sendo que apenas dois utentes não tinham prestador de cuidados. A maioria dos prestadores de cuidados são os filhos (46,7% da amostra) e de seguida os cônjuges (30%). Independentemente da causa, a incapacidade adquirida, condiciona a um conjunto de limitações, perdas de autonomia e dependência, nomeadamente nas atividades de vida diária, as quais impõem que a pessoa acometida requeira a ajuda de um prestador de cuidados. O papel do mesmo é fundamental no acompanhamento do utente ao longo do internamento, sobretudo para a preparação da alta.

Após a análise e discussão dos dados sociodemográficos onde foi possível verificar que na maioria dos itens não existem diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo experimental, iremos analisar os dados clínicos recolhidos antes dos cuidados de enfermagem e reabilitação. Esta comparação tem como intuito verificar se entre o grupo experimental e o grupo de controlo não existem diferenças estatisticamente significativas que condicionem os resultados da investigação.

Analisando as características clínicas antes dos cuidados de reabilitação, verifica-se que o grupo experimental apresenta algumas diferenças relativamente ao grupo de controlo. Não era possível obter dois grupos exatamente com as mesmas características. No entanto, essas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas com exceção da força muscular do membro superior direito, do autocuidado eliminação vesical e intestinal, do equilíbrio apenas nos itens equilíbrio sentado, mobilidade e equilíbrio teste 3 tempos, na marcha apenas nos itens comprimento e altura dos passos do pé esquerdo e direção, e no risco de queda apenas no item estado mental. No grupo experimental a maioria dos utentes (60%) apresentam episódios de incontinência vesical ocasionalmente, no grupo de controlo a maioria são incontinentes vesicais (66,7%). Relativamente à eliminação intestinal verifica-se que no grupo de controlo 66,7% são incontinentes e no grupo experimental 66,7% dos participantes são continentes. Quanto aos restantes autocuidados (alimenta-se, vestir-se, arranjar-se, transferir-se, andar, subir/descer escadas), as diferenças não são estatisticamente significativas como foi possível verificar anteriormente através da aplicação do teste qui-quadrado, onde o valor de “p” foi sempre superior a 0,05. Também

autores de estudos pesquisados, independentemente das variáveis que estudaram, apresentaram nos seus estudos semelhança no primeiro momento de avaliação entre grupos. Park et al. (2015b) refere que o seu estudo não apresentou no ponto de partida diferenças significativas entre grupos nas características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

De referir também que ambos os grupos pertenciam ao mesmo serviço, com um acesso dos participantes à restante equipa multidisciplinar semelhante. Sendo a única diferença o acesso ao programa de reabilitação instituído apenas ao grupo experimental.

As variáveis analisadas inicialmente para a compreensão da semelhança entre grupos, contribuíram num segundo momento para mensurar os ganhos obtidos com o programa de reabilitação. Os dados expostos anteriormente sobre as diferenças entre os grupos após os cuidados de reabilitação serão comparados com outros estudos já realizados.

Iniciando pela variável força muscular do membro superior e inferior direito, verifica-se que os idosos obtiveram ganhos na componente força muscular para os membros superiores e inferiores. A diferença verificada entre os grupos depois dos cuidados de reabilitação com a aplicação do teste qui-quadrado onde $p=0,005$ demonstra que existiram diferenças significativas. Segundo Kisner e Colby (2005) quando os sistemas do corpo são expostos a um nível de resistência superior do que o habitual num programa de exercícios, porém apropriado, eles inicialmente reagem com várias respostas fisiológicas agudas e depois adaptam-se, isto é, os sistemas corporais acomodam-se com o tempo às exigências impostas.

À semelhança deste estudo, muitos outros estudos realizados mostram que os idosos podem beneficiar com a participação num programa que inclua treino de força muscular.

Rhodes e seus colaboradores (2000) realizaram um estudo com mulheres idosas e sedentárias. Esta população foi submetida a um programa de exercícios de resistência muscular progressiva durante cinquenta e duas semanas. No final do programa verificou-se um aumento significativo de 19% a 53% da força nas mulheres, tal como foi possível verificar no presente estudo.

Binder et al (2005) aplicaram um programa de exercício físico a um grupo de idosos durante três meses, praticado três vezes por semana, tendo-se verificado um aumento da força muscular e da massa magra, mais um estudo que vai de encontro à presente investigação.

A manutenção da força dos grupos musculares é um fator essencial para a manutenção da independência funcional do idoso, assim como para diminuir o risco de queda (Spirduso, Francis e Macrae, 2005), uma vez que o treino dos músculos permite a manutenção da coordenação, equilíbrio corporal e deambulação, fatores estes essenciais ao dia-a-dia do idoso (Albino et al, 2012).

Com o envelhecimento, a perda de mobilidade, a diminuição da força muscular e as alterações do equilíbrio são fatores determinantes que conduzem ao aumento do grau de dependência (Lustosa et al, 2010). Sendo assim a promoção do autocuidado destaca-se como um dos pilares estruturais da construção da qualidade dos cuidados de enfermagem, facto corroborado pelos resultados do estudo de Pereira (2012) no qual a promoção do autocuidado é um agente facilitador da pessoa em processo de transição. Esta variável foi avaliada através do Índice de Barthel, onde foi possível verificar que as diferenças entre ambos os grupos depois dos cuidados de reabilitação foram estatisticamente significativas ($p=0,000$). O treino dos diferentes autocuidados implementado pelo programa de reabilitação ao grupo experimental melhorou a capacidade funcional dos idosos do respetivo grupo. A média do Índice de Barthel no grupo de controlo antes dos cuidados de reabilitação foi de 16 (dependência total) e após os cuidados foi de 29 (dependência grave). Uma diferença de 13 valores entre as duas avaliações. Relativamente ao grupo experimental a média na primeira avaliação foi de 40 (dependência grave) e na segunda avaliação foi de 85 (dependência moderada), existindo uma diferença entre os dois momentos de avaliação de 45 no grupo experimental.

Nesta linha, este estudo mostra que a implementação de um programa de exercícios de enfermagem de reabilitação constitui um meio para travar o declínio funcional, ou mesmo melhorar a capacidade funcional. Tal como afirmam Araújo, Fló e Muchale (2010), o exercício físico foi um meio que promoveu a autonomia, uma vez que na segunda avaliação do grupo experimental verificou-se que este em termos de independência funcional obteve melhorias estatisticamente significativas.

Quanto aos autocuidados verificaram-se diferenças significativas em todos, com maior relevância no autocuidado “Alimentar-se” onde no grupo experimental na primeira avaliação a maioria (13 utentes) necessitavam de ajuda e na segunda avaliação a totalidade ficou independente. No grupo de controlo em 9 utentes que necessitavam de ajuda no primeiro momento, na segunda avaliação verificou-se que apenas um utente ficou independente neste autocuidado. Um autocuidado onde se verificaram diferenças bastante

significativas foi no autocuidado “Tomar banho”, onde na primeira avaliação em ambos os grupos a totalidade da amostra era dependente, e na segunda avaliação 10 utentes do grupo experimental ficou independente e no grupo de controlo apenas um utente ficou independente. No autocuidado “Higiene Pessoal” verifica-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Inicialmente no grupo experimental 13 utentes eram dependentes e no grupo de controlo 14 utentes eram dependentes. No segundo momento no grupo experimental a totalidade dos utentes eram independentes e no grupo de controlo 13 utentes mantinham-se dependentes.

A manutenção do equilíbrio corporal é uma tarefa motora complexa que permite ao idoso executar de forma independente as tarefas quotidianas. Na análise desta variável realizada através dos resultados obtidos pela aplicação da escala de Tinetti, verifica-se que o programa implementado contribui para uma melhoria significativa no equilíbrio do grupo experimental. Após os cuidados de reabilitação as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, uma vez que o valor de “p” é inferior a 0,05 na maioria dos itens da escala.

Silva et al (2008) realizaram um estudo com trinta e nove idosos que foram submetidos a um programa de exercícios com duração de setenta e duas sessões de treino de força dos membros superiores, inferiores e tronco, verificando-se uma melhoria no equilíbrio corporal. Bernardi, Reis e Lopes (2008) fazem referência que o aumento da força muscular tem um papel essencial na manutenção do equilíbrio e consequentemente na prevenção de quedas, permitindo ao idoso prevenir situações de desequilíbrio.

As quedas são um fenómeno com grande impacto na qualidade de vida das pessoas, devido às possíveis consequências provenientes da queda, representando um dos principais acontecimentos que ocorrem em doentes hospitalizados. Enquanto indicador da qualidade dos cuidados em saúde e critério de qualidade do exercício profissional, este fenómeno representa um domínio com relevância na prática clínica, o qual exige grande atenção por parte dos enfermeiros, sendo por isso, uma área sensível aos cuidados de enfermagem.

Neste estudo verifica-se que no momento de avaliação que antecedeu os cuidados de enfermagem de reabilitação as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas. Os grupos em estudo são praticamente idênticos no que diz respeito ao nível de dependência, logo os resultados da escala de quedas utilizada não diferiu significativamente entre os grupos. No momento após os cuidados de reabilitação verifica-se um aumento do score do risco de queda no grupo experimental. Apesar das diferenças

entre os grupos estas não são estatisticamente significativas, isto porque o valor de “p” na maioria dos itens é superior a 0,05 com exceção do estado mental onde $p=0,001$. Estas diferenças surgem na medida em que os utentes do grupo experimental ao adquirirem a capacidade de marcha o score da escala aumentou do primeiro momento para o segundo momento de avaliação. No grupo de controlo antes dos cuidados de reabilitação 33,3% apresentavam marcha lenta ou cambaleante, e no segundo momento de avaliação a percentagem subiu para 53,4%. No grupo experimental antes dos cuidados a percentagem era de 66,7% dos utentes que apresentavam marcha lenta ou cambaleante e no segundo momento a percentagem subiu para 86,7%. A restante percentagem representa os utentes acamados, logo verifica-se uma maior percentagem de utentes acamados no grupo de controlo o que diminui o risco de queda. Apesar destas diferenças presentes entre os grupos estas não são significativas.

Com o intuito de prevenir as quedas nos idosos existem algumas estratégias que o RNC (2004) recomenda. Estas estratégias incluem a orientação do doente no serviço e a adaptação do contexto às características deste. Assim, é essencial a implementação de intervenções de enfermagem no âmbito da gestão do ambiente físico e do conhecimento sobre prevenção de quedas. O facto de no grupo experimental existir uma maior percentagem de utentes orientados (100%) após os cuidados de reabilitação contrabalança o facto de os mesmos apresentarem maior risco de queda por terem a capacidade de marcha. Uma maior força muscular e equilíbrio por parte do grupo experimental também traduz um menos risco de queda.

Os autores Todd e Skelton (2004) e Huang (2004) destacam a importância de intervenções no âmbito do conhecimento e aprendizagem de habilidades, distinguindo o treino de marcha e equilíbrio, e o uso adequado de dispositivos de apoio à deambulação enquanto estratégias de sucesso das abordagens multifatoriais para a prevenção de quedas.

O envelhecimento tem sido descrito com um processo ou grupo de processo inerentes a todos os seres vivos que leva a decréscimos da aptidão física/funcional (Llano, Manz e Oliveira, 2006). Carvalho (2009) refere que a perda de aptidão física leva à diminuição da funcionalidade, estando assim associada a inúmeras alterações com possíveis repercussões na independência funcional, o que para Buchholz e Purath (2007) se agrava com a falta de exercício físico.

À semelhança deste estudo, alguns estudos efetuados anteriormente obtiveram resultados semelhantes. Vale et al (2004) realizaram um estudo com um grupo de vinte e duas idosas,

pertencendo onze ao grupo experimental e onze ao grupo de controlo. O grupo experimental treinou a força muscular durante dezasseis semanas, dois dias por semana. Por seu lado, o grupo de controlo não participou em nenhum programa de exercício físico, apenas realizou tarefas quotidianas. No final do estudo verificou-se que o grupo experimental apresentou melhorias do pré-teste para o pós-teste na componente força muscular. Os resultados sugerem que o grupo experimental pode minimizar a perda de massa muscular com o envelhecimento, e com isto, obter melhor independência funcional.

Neste sentido, os programas de reabilitação são concebidos para melhorar a capacidade funcional e, nomeadamente o treino de força muscular é considerado por Gallon et al (2011) e Araújo, Fló e Muchale (2010) uma das maneiras mais eficazes de diminuir os efeitos debilitantes no desempenho funcional do idoso.

CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e universal, fazendo-se acompanhar muitas vezes de alterações a nível físico, psíquico e social, ou seja, com o aumento da idade e aptidão física vai diminuindo, assim como a independência funcional e a qualidade de vida.

Ao longo do tempo o idoso tem vindo a assistir a uma alteração do seu estatuto social e familiar. Hoje em dia envelhecer deixou de ser um prolema familiar e passou a ser um problema social. Embora o aumento da esperança média de vida constitua um aspeto positivo, o fato é que esta tendência está mais baseada em fatores quantitativos do que qualitativos. Isto é, apesar de todos os esforços que têm sido feitos para aumentar a longevidade, nem sempre esta se faz acompanhar de uma vida autónoma e com boa qualidade. Por esta razão, torna-se crucial refletir sobre o impacto desta problemática, tornando-se uma necessidade urgente implementar programas e/ou dar continuidade a programas de exercícios de enfermagem de reabilitação, uma vez que traz benefícios na aptidão física e independência funcional dos idosos.

Nos cuidados continuados, onde se desenvolveu este estudo, encontramos uma população de utentes na sua maioria idosos, que sofrem de inúmeras patologias em simultâneo e que dada a sua progressiva dependência necessitam de cuidados especializados. Encontramos também uma população de profissionais, neste caso enfermeiros, motivados e preparados para o cuidado ao idoso. Trata-se de enfermeiros com plena noção da sua função dentro das unidades, e acima de tudo, com a plena consciência do objetivo da RNCCI.

Os enfermeiros especialistas de reabilitação desempenham um papel de relevo junto da população idosa. É na terceira idade que a pessoa idosa se vê confrontada com várias perdas significativas para si, como seja a aptidão física, a saúde, a morte de familiares e amigos e alterações da residência. Torna-se crucial contrariar esta tendência, submetendo os idosos a programas de atividade física, neste caso a programas de exercícios de enfermagem e reabilitação.

Os enfermeiros de reabilitação no uso das suas competências específicas capacitam a pessoa a encontrar estratégias adaptativas alternativas para a incapacidade, desvantagem e

deficiência a fim de se tornar autónoma e independente. Os processos de reabilitação vão para além da recuperação funcional das estruturas anatomofisiológicas, sendo para os enfermeiros de reabilitação um desafio passar da recuperação para a reabilitação até porque o processo não pode ser generalizado pois está intimamente ligado também com a motivação dos doentes.

Através da realização desta dissertação foi possível adquirir conhecimentos teóricos e práticos nesta área de interesse, pelo que considero um instrumento relevante para a enfermagem de reabilitação.

A aplicação deste programa ao grupo experimental permitiu obter resultados positivos, isto é, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para todas as componentes avaliadas. Para além disto, o estudo demonstrou que o grupo de controlo que não foi submetido aos cuidados dos enfermeiros de reabilitação não apresentou uma evolução significativa, ou seja, manteve os níveis de independência funcional.

Os dados foram analisados no capítulo anterior, onde foi possível verificar que numa primeira avaliação as diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo não eram estatisticamente significativas, tanto nas variáveis sociodemográficas como nas variáveis clínicas.

A média de idades da amostra é de 75,3 e na totalidade dos pacientes a idade é superior a 65 anos. O aumento da esperança média de vida incentiva a realização de programas que contrariem a diminuição da capacidade funcional dos idosos.

Ao analisarmos os resultados obtidos após os cuidados de reabilitação, verifica-se que as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas à exceção do equilíbrio sentado e do risco de queda. Todos os autocuidados (Alimentação, Banho, Higiene Pessoal, Eliminação vesical/intestinal, Ir ao Sanitário, Deambulação, Transferências, Subir/Descer escada), assim como na avaliação do equilíbrio na marcha, apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos após os cuidados de reabilitação.

No entanto, o presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas que condicionam os seus resultados, entre outras o tamanho reduzido da amostra por grupo pode ter influenciado o impacto da investigação, não sendo possível generalizar os resultados para populações com características idênticas, e além disso, poderá sobrevalorizar os resultados e limitar ainda outras possibilidades de análise. Assim, estudos futuros devem incluir mais do que uma unidade, ou uma unidade com maior número de

utentes. A variedade de diagnósticos dos utentes dificulta igualmente a generalização dos resultados. O facto de os cuidados terem sido prestados a utentes com diferentes patologias impossibilita a generalização. Uma fragilidade verificada neste estudo é o controlo sobre a implementação do programa, ficando como sugestão a realização de avaliações repetidas semanalmente para analisar os ganhos progressivos, e ainda uma maior clareza da especificação do programa.

Sendo assim as sugestões para investigações futuras passam pela realização deste estudo numa amostra igual ou superior a 60 idosos. Sendo que seria importante adicionar critérios de inclusão relativos ao diagnóstico, de forma a perceber em qual dos diagnósticos os cuidados de reabilitação têm mais impacto na independência dos idosos.

Apesar das limitações este estudo constitui uma mais-valia, e mesmo como um ponto de partida para investigações futuras. O facto de se planear e executar cuidados de enfermagem e reabilitação baseados em algumas componentes da dependência funcional dos idosos, e obter resultados na avaliação posterior demonstra o papel do enfermeiro especialista em reabilitação na manutenção da sua independência.

O uso da Teoria Geral do Autocuidado enquanto modelo teórico que suportou o desenvolvimento deste trabalho revelou-se uma mais-valia, pois permitiu expor a prática do enfermeiro de reabilitação sustentada numa conceção de cuidados que promove a independência nos autocuidados.

Assim, espera-se que este estudo constitua um ponto de partida para futuras investigações dentro da disciplina da enfermagem de reabilitação, fornecendo contributos teóricos e práticos que permitam melhor compreender o fenómeno em estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADUNSKY, A. et al. Skeletal muscle mass abnormalities are associated with survival rates of institutionalized elderly nursing home residents. *The Journal of nutrition, health and aging*, 2012 pp. 432-436.

ALBINO, I., et al. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, 2012, vol. 15, Sup. 1. ISSN 1809-9823.

Alves, L., et al. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. In: *Ciências de Saúde Coletiva*, 2008, nº4.

ARAÚJO, F., et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 2007, vol. 25, pp. 59-66.

ARAÚJO, I. *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010.

ARAÚJO, M., FLÓ, C., MUCHALE, S. Efeitos dos exercícios resistidos sobre o equilíbrio e a funcionalidade de idosos saudáveis: artigo de revisão. *Fisioterapia e Pesquisa*, 2010, vol. 17, Sup. 3, pp. 277-283. São Paulo. ISSN 1809-2950.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER). *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2010.

BARATA, T. et al. *Atividade Física e Medicina Moderna*. Odivelas, 1998.

BERGER, L., MAILLOUX, POIRIER, D. *Pessoas Idosas: Uma abordagem global: processo global de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta, 1995

BERNARDI, D., REIS, M. e LOPES, N. *O tratamento da Sarcopenia através do Exercício de Força na Prevenção de Quedas em Idosos: Revisão de Literatura*. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, 2008, vol. 12, Sup. 2, pp. 197-213.

BINDER, E. et al. Effects of progressive resistance training on body composition in frail older adults: results of a randomized, controlled trial. *The Journal of Gerontology Series a: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2005, vol. 60, Sup. 11, pp. 1425-1431.

BIRREN, J. e SCHROOTS, J. *Handbook of the Psychology of aging*. San Diego: Academic Press. 1996

BLACK, A. e RUSH, R. Cognitive and Functional Decline in Adults Aged 75 and Older. In: *American Geriatrics Society*, 2002, vol. 50.

BUCHHOLZ, S. e PURATZ, J. Physical activity and physical fitness counseling patterns of adult nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2007, vol. 19, Sup. 2, pp.86-92.

CAEIRO, M. e SILVA, M. Fatores Predisponentes e Incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. In: *EssFisiOnline*, 2008, vol. 4.

CARDOSO, M. *Representações de Vida: Um estudo Realizado com Adultos Idosos*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 2002.

CARNEIRO, R. *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade – Relatório final*. Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. 2012.

CLARK, G. e MURRAY, P. Contracturas e Outros Efeitos Deletérios da Imobilidade. In: *Manole*. 19.ª ed. Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas, 2001, pp. 475-498.

Comissão Económica e Social Europeu (CESE). *Envelhecimento Ativo/Horizonte*. Bruxelas, 2012.

COSTA, L., et al. *Aplicação de estruturas conceptuais na consulta de enfermagem à família*. Escola Anna Nery, 2007, vol. 11, pp. 515-519.

DANTAS, C., et al. *Capacidade funcional de idosos com doenças crónicas residentes em Instituições de Longa Permanência* [Em linha]. Brasília, 2013 [consult. 20 de Abril 2017]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600016&script=sci_arttext

DANTAS, E. e VALE, R. Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. *Fitness & Performance Journal*, 2004.

DAVIES, S., ELLIS, L. e LAKER, S. Promoting autonomy and Independence for older people within nursing practice: na observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 2000.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D. R. / Série A. Nº 109 (2006-06-06)

Delisa, J. e Bruce M. *Rehabilitation medicine: principles and practice*. Philadelphia, 1993.

DE VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: A. Neri, e S. Freire. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000, pp. 25-38.

DINIS, C. *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro*. Coimbra, 1997. Dissertação de Mestrado.

Direção Geral da Saúde (DGS). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Ministério da saúde, 2004.

ENOKA, R. M. *Neuromechanical Basis of Kinesiology*. 2ª ed. Human Kinetics, Champaign, Illinois, US. 2000.

FARIA et al. Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos. *Ata Fisiátrica*, 2003, pp. 133-137.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev. Bras. Méd. Esp.*, 2002, vol. 8, pp.1-10, Rio de Janeiro.

FERNANDES, M. *A depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora. 2002.

FERNÁNDEZ- BALLESTEROS, R. *Gerontología social, Una Introducción*. Ediciones Pirámide, 2000. Madrid.

FERREIRA, A. *Independência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação*. Instituto Politénico de Viseu, 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de reabilitação.

FONSECA, A. *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 2004.

FORTIN, M. F. *O processo de investigação: Da Conceção à Realização*. Loures, Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1999.

FORTIN, M. F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodata. 2009

FORTIN, M., CÔTÉ, J. e FILION, F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2009. pp. 595. ISBN 978-989-8075-18-5.

FREITAS, J. *Características comportamentais do controlo postural de jovens, adultos e idosos*. Universidade Estadual Paulista, Brasil. Dissertação de Mestrado.

FONSECA, C. *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*, Universidade de Lisboa, 2014. Tese de Doutoramento

GALLON, D. et al. The effects of stretching on the flexibility, muscle performance and functionality of institutionalized older women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 2011, vol. 44, Sup. 3, pp.229-235, ISSN 1414-431X.

GHIGLIONE, R., MATALON, B. *O inquérito. Teoria e prática*. Oeiras: Celta, 1992.

GONÇALVES, E. *Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação*, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

GOYAZ, M. Vida ativa na melhor idade. *Revista da Universidade Federal de Goiás*. 2003.

GRAF, C. Functional Decline in Hospitalized Older Adults. In: *American Journal of Nursing*, 2006, vol. 106.

GUEDES, D. Atividade física, aptidão física e saúde. In: T. Carvalho, D. Guedes e J. Silva, *Orientações básicas sobre atividade física e saúde para profissionais das áreas da educação*. Brasília: Ministérios da Saúde e Ministérios da Educação e do Desporto, 1996, pp. 52.

HEALEY, F. e SCOBIE, S. *Slips, trips and falls in hospital: The third report from Patient Safety Observatory*. London, England: National Patient Safety Agency, 2007.

HENRIQUES, A. A Gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia das intervenções de enfermagem. In: LOPES, M.A.P. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática*, 2013, pp. 115-175. Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. *A reabilitação: Cria novos caminhos*. Loures: Lusociência. 2003

HOEMAN, S. *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e processo*. Camarate: Lusociência, 2000.

HUANG, H. A checklist for assessing the risk of falls among the elderly. *Journal of Nursing Research*, 2004, vol. 12, Sup. 2, pp.131-141.

HUGHES, V., et al. Longitudinal changes in body composition in older men and women: role of body weight change and physical activity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, vol. 76, pp. 473-481.

INAGAKI, R. *A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico*. Ciência, Cuidado e saúde. 2008

International Council of Nurses (ICN). *Framework of competencies for the Nurse Specialist*. ICN Regulation Series. 2009

ICN. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE versão 2 – Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011.

JANUÁRIO, J.C. Resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa internada num serviço de medicina interna. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014, nº 1, Série IV.

KISNER, C. e COLBY, L. *Exercícios Terapêuticos. Fundamentos e técnicas*. 4ª ed. Tamboré: Editora Manole. 2005, pp. 841. ISBN 85-204-1574-1.

KONKIEWITZ, E. C. *Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar*. Ed. UFGD, 2013.

KRIEGSMAN, D., et al. Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning: the longitudinal aging study Amsterdam. In: *Journal of clinical Epidemiology*, 2004. nº 57.

KYLE, U., et al. *Fat free and fat mass percentiles in 5225 healthy subjects aged 15 to 98 years*. Nutrition. pp. 534-541, 2001.

LANCASTER, J. *Enfermagem Comunitária*. Lisboa, 1999.

LLANO, M., MANZ, M. e OLIVEIRA, S. *Guia prático da atividade física na 3ª idade*. 3ª ed. Cacém: Coleção "Fitness é Manz", 2006, pp. 104.

LOBO, A. *Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural*. *Revista de Enfermagem Referência*, julho, 2012, pp. 123-130.

LOPES, M. J., et al. *Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos*. Versão Latino-Americana. Enfermagem, vol. 21, 2013.

LOURENÇO, T. et al. Capacidade funcional do idoso longo: uma revisão integrativa *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012, vol. 33, Sup. 2, pp. 176-185. Porto Alegre

LUSTOSA, L. et al. *Efeito de um programa de treinamento funcional no equilíbrio postural de idosas na comunidade*. Fisioterapia e Pesquisa, 2010, vol. 17, Sup. 2, pp. 153-156. São Paulo. ISSN 1809-2950.

MACEDO, P.M. Discurso proferido na sessão de abertura das conferências CNECV. In: *Demografia, natalidade e políticas públicas*. Conferências CNECV. Coleção bioética 17. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Europress: Lisboa, 2013.

MACIEL, A. e GUERRA, R. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 2005, pp. 37-44.

MAHONEY, F. e BARTHEL, D. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 1965, vol. 14, pp. 61-65.

MATSUDO, S., MATSUDO, V. e BARROS, T. Impacto do envelhecimento das variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista brasileira de ciência e movimento*, 2000, vol. 8, pp. 21-32.

MCEWEN, M. e WILLS, E. *Bases Teóricas para a Enfermagem*. 2ª ed. Artmed. Porto Alegre, 2009.

MENDES, C. *Efeitos de um programa de exercícios de enfermagem de reabilitação na aptidão física e independência funcional de idosos institucionalizados*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2013. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

MOTA PINTO, A. e BOTELHO, M. Fisiopatologia do Envelhecimento. In: M. P. A. *Fisiopatologia. Fundamentos e Aplicações*, 2007, pp. 493-514.

MORSE, J., et al. *Preventing Patient Falls*. 2ª ed. Edition. Springer Publishing Company, LLC, 2009, New York. ISBN: 978-0-8261-0389-5.

NETTO, M. História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. In: L. Freitas, A., et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2002, pp. 1-12, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

NETTO, P. M. *Geriatria: fundamento clínico terapêutico*. São Paulo, Atheneu. 1996.

Ordem dos Enfermeiros (OE). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: OE, 2010

Ordem dos Enfermeiros (OE). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: OE, 2011

Ordem dos Enfermeiros - MCEER *Core de indicadores por categoria d enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2015a.

Organização Mundial da Saúde (OMS) e Direção-Geral da Saúde (DGS). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. Lisboa. 2004.

PARK,Y. et al. The effects of mirror therapy with tasks on upper extremity function and self-care in stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 2015b, Sup. 27, pp. 1499-1501.

PASCHOAL, S. Autonomia e independência. In: PAPALÉO-NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu. 2002.

PEREIRA, F. *Teoria e Prática da Gerontologia. Um guia para cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma. 2012.

PERLINI, N., LEITE, M. e FURINI, A. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiar. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 2007, pp. 229-236.

PETRONILHO, F. *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau Editora. 2012.

PETRONILHO, F., et al. *Caracterização do Doente após Evento Crítico – Impacto da Capacidade Funcional no Grau de Dependência no Autocuidado*. Sinais Vitais, 2010.

PIMENTEL, L. *O lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto. 2005.

PINTO, A.M. *Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal* [Em linha]. Coimbra, 2006. [consult. 17 Maio 2017]. Disponível em:

www:<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20268/1/Reflex%C3%A3o%20sobre%20o%20envelhecimento%20em%20Portugal%28Geriatrics%20EdPort%202006%29.pdf>.

POCINHO, M. *Manual de estatística. Volume I: Teoria e exercícios passo a passo* [Em linha]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2009. [consult. 24 de Maio de 2017]. Disponível em: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf.

POLIT, D., BECK, C. e HUNGLER, B. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RADWANSKI, M. e HOEMAN, S. Enfermagem de Reabilitação Geriátrica. In: *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Lusociência: Loures, 2000.

Regulamento nº 125/2011. *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros – MCEER. *Diário da República*, 2ª série nº 35, 2011.

RIBEIRO, O. e PAÚL, C. *Manual de Envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel. 2011.

RIKLI, R. e JONES, C. *Teste de aptidão física para idosos*. Barueri. São Paulo: Manole. 2008.

RHODES, E. et al. Effects of one year of resistance training on the relation between muscular strenght and bone density in elderly women. *British Journal of Dports Medicine*, 2000, Sup. 34, pp. 18-22. London.

RODRIGUES, R. et al. *Morbilidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos* [Em linha]. São Paulo, 2008. [consult. 25 abril 2017]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400017

ROSA, M. *Programa de atividade física para idosos: aptidão física e período de interrupção*. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina. 2006.

ROSSI, E. & SADER, C. Envelhecimento do sistema osteoarticular. In: FREITAS, E.V., et al. *Gerontologia*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. pp. 508-514.

RYERSON, S. Hemiplegia. In: UMPHRED, D.A. *Reabilitação Neurológica*. 5ªed. Brasil: Elsevier Editora Lda., 2010. 769-792.

SCHAURICH, D. e CROSSETI, M. Produção do Conhecimentos sobre Teoria de Enfermagem: Análise de Periódicos da Área. Escola Anna Nery, *Revista Enfermagem*. 2010.

SEQUEIRA, C. *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra. Quarteto Editora. 2007.

SILVA et al. *Análise dos instrumentos de avaliação na miopatia*. Neurociências. 2006. pp. 29-43

SILVA, A. et al. Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 2008, vol. 14, Sup. 2, pp. 88-93.

- SIMKIN. *Even frail elderly patients can benefit from exercise*. Geriatric Times. 2002.
- SKELTON, D. & MCLAUGHLIN, A. *Training funcional ability in old age*. Physiotherapy. 1996.
- SOARES, E. *Metodologia Científica: lógica, epistemologia e normas*. São Paulo: Atlas, 2003.
- SOARES, M. & ALMEIDA, M. *Acidentes com macas e camas em estabelecimento hospitalares, envolvendo a queda de doentes (Relatório nº 319/08)*. Lisboa: Inspeção Geral das Atividades em Saúde. 2008.
- SOUSA, P.P. *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Católica Editora. 2014
- SPIRDUSO W. *Physical dimensions of aging*. Champaign, Illinois, Human Kinetics Publishers, 1995.
- SPIRDUSO, W. e FRANCIS, K., MACRAE, P. *Physical dimensions of aging*. Champaign. Illinois: Human Kinetics Publishers, 2005.
- SUE, M., et al. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editor. 2010.
- TEIXEIRA, P. *Envelhecendo passo a passo*. Universidade Lusíada do Porto, 2006.
- TODD, C. e SKELTON, D. *What are the main risk factors for the falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* [Em linha]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), 2004. [consult. abril 2017]. Disponível em: [www:http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf](http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf).
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS. Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Lisboa: UMCCI. 2009.
- VALE, R. et al. Efeitos do treinamento de força na flexibilidade de mulheres idosas. *Fitness & Performance Journal*, 2004. Sup. 5, pp.266-271.
- VIÑA, J., BORRÁS, C. e MIQUEL, J. *Theories of ageing*. IUBMB Life, pp. 249-254. 2007.
- VITOR, A. LOPES, M. e ARAÚJO, T. Teoria do défice de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem*, 2010, vol. 14. 2010.
- World Health Organization (WHO). *Policies and priority interventions for healthy ageing*. 2012.

YANG YANG. Functional Disability, Dysability Transitions, and Depressive Symptoms in Late Life. In: *Journal of aging and health*, 2005, p.263-292.

ZIMERMAN, G. *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. São Paulo: Artmed. 2000.

ANEXOS

Anexo I - Autorização do estudo

PARECER N.º 23

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa (CES-HE-FFP) dá parecer positivo ao projeto "**Vantagens da Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) em Idosos Internados - Estudo com Grupo de Controlo**" apresentado por Patrícia Ferreira.

Jorge Rodrigues

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital-Escola da
Fundação Fernando Pessoa

30.01.2017

Anexo II – Declaração do consentimento informado livre e esclarecido para participação num projeto de investigação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/ 200__

Assinatura do doente ou voluntário
são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo III – Questionário elaborado para o efeito, com o objetivo de caracterizar e avaliar a amostra

Data da 1ª avaliação: __/__/__ Data da 2ª avaliação: __/__/__

Antes do programa

Após programa

1. Idade:

2. Nível de escolaridade: Nenhum ☐ 1º ciclo ☐ 2º ciclo ☐ 3º ciclo ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐

3. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

4. Estado civil: Casado/União de facto ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐

5. Proveniência: Domicílio ☐ Lar ☐ Outro _____

6. Prestador de cuidados: Não ☐ Sim ☐ Qual? _____

7. Tempo de imobilidade:

8. Diagnóstico Principal: _____

Avaliação Funcional - Avaliação Motora

Força muscular (Escala de Council)

	Proximal	Médio	Distal
Local			
M.S.D			
M.S.E.			
M.I.D.			
M.I.E			

Avaliação Funcional - Sensibilidade

	Sensibilidade			Profunda/Proprioceptiva
Tipo	Dolorosa	Térmica	Táctil	
Local				
M.S.D				
M.S.E.				
M.I.D.				
M.I.E				

Avaliação Funcional - Atividades de Vida Diárias

ÍNDICE DE BARTHEL

Alimentação	10	INDEPENDENTE – capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.
	5	AJUDA – Necessita de ajuda para cortar, barrar com manteiga, etc.
	0	DEPENDENTE
Banho	5	INDEPENDENTE – lava-se por completo no duche ou banho imersão, ou seja, usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
	0	DEPENDENTE
Vestuário	10	INDEPENDENTE – Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Ata os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o colete se necessário.
	5	AJUDA – Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
	0	DEPENDENTE
Higiene Pessoal	5	INDEPENDENTE – Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada elétrica, no caso de aparelho elétrico.
	0	DEPENDENTE

Dejeções	10	CONTINENTE – Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si.
	5	INCONTINENTE OCASIONAL – Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
	0	INCONTINENTE
Micção	10	CONTINENTE – Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.
	5	INCONTINENTE OCASIONAL – Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.
	0	INCONTINENTE
Uso do sanitário	10	INDEPENDENTE – Usa a sanita ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.
	5	AJUDA – Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
	0	DEPENDENTE
Passagem Cadeira-Cama	15	INDEPENDENTE – Não necessita de qualquer ajuda, utiliza a cadeira de rodas, faz isso independentemente.
	10	AJUDA MÍNIMA – Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.
	5	GRANDE AJUDA – É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem.
	0	DEPENDENTE
Deambulação	15	INDEPENDENTE – Pode andar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andarilhos.
	10	AJUDA – Pode andar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.
	5	INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS – Movimenta-se na cadeira de rodas, pelo menos 50 metros.
	0	DEPENDENTE
Escadas	10	INDEPENDENTE – É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão.
	5	AJUDA – Necessita de ajuda física ou supervisão.

0	DEPENDENTE
----------	-------------------

Total

Avaliação Funcional - Mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico

1. Equilíbrio sentado	Escorrega	0
	Equilibrado	1
2. Levantando	Incapaz	0
	Usa os braços	1
	Sem braços	2
	Incapaz	0
3. Tentativas de levantar	Mais de uma tentativa	1
	Única tentativa	2
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0
	Estável, mas usa suporte	1
	Estável, sem suporte	2
	Desequilibrado	0
5. Equilíbrio em pé	Suporte ou base de sustentação > 12 cm	1
	Sem suporte e base estreita	2
6. Teste dos três tempos	Começa a cair	
	Agarra ou balança (braços)	1
	Equilibrado	2
	Desequilibrado, instável	0
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Equilibrado	1
8. Girando 360°	Passos descontínuos	0
	Passos contínuos	1
	Instável (desequilíbrio)	0

9. Sentado	Estável (equilibrado)	1
	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	0
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1
	Seguro, movimentação suave	2
Total Escala Avaliação do Equilíbrio		

10. Início da Marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar	0
	Sem hesitação	1
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé direito	
	- não ultrapassa o pé esq.	0
	- ultrapassa o pé esq.	1
	- não sai completamente do chão	0
	- sai completamente do chão	1
	b) Pé esquerdo	
	- não ultrapassa o pé dto.	0
	- ultrapassa o pé dto.	1
	- não sai completamente do chão	0
	- sai completamente do chão	1
12. Simetria dos Passos	Passos diferentes	0
	Passos semelhantes	1
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos	0
	Passos contínuos	1
14. Direção	Desvio nítido	0

	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1
	Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1
Total Escala Avaliação da Marcha		

Avaliação Funcional - Risco de quedas

		Pontos	Score
História de quedas nos últimos 3 meses	Não	0	
	Sim	25	
Diagnóstico Secundário	Não	0	
	Sim	15	
Ajuda na Mobilização			
Acamado/Repouso no leito		0	
Bengala/Andarilho/Canadiana		15	
Aparelho/Equipamento		30	
Terapia Endovenosa	Não	0	
	Sim	20	
Marcha			
Normal/Acamado/Cadeira de Rodas		0	
Lenta		10	

Alterada/Cambaleante	20
Estado Mental	
Orientado	0
Desorientado/Confuso	15
<hr/>	
	Total
<hr/>	